

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie



CHARAKTER UMĚLÉ POTRATOVOSTI V ČESKÉ REPUBLICE

INDUCED ABORTION PATTERNS IN THE CZECH REPUBLIC

Bakalářská práce

Aneta Mistrová

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením školitelky Prof. RNDr. Jitky Rychtaříkové, CSc., a že jsem všechny použité prameny řádně citovala.

Jsem si vědoma toho, že případné využití výsledků, získaných v této práci, mimo Univerzitu Karlovu je možné pouze po písemném souhlasu této univerzity.

Svoluji k zapůjčení této práce pro studijní účely a souhlasím s tím, aby byla řádně vedena v evidenci vypůjčovatelů.

V Praze dne 7. 5. 2010

.....
podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce, Prof. RNDr. Jitce Rychtařikové, CSc., za poskytnutý materiál, konzultace, cenné rady a také za čas, který mé bakalářské práci věnovala.

Na závěr bych ráda poděkovala svému blízkému okolí, a to především své rodině a přátelům, za jejich podporu a trpělivost při mém studiu.

Charakter umělé potratovosti v České republice

Abstrakt

Jedním z cílů práce je analyzovat trendy umělé potratovosti po roce 1987, kdy již na vývoj umělé potratovosti nemají vliv restriktivní legislativní úpravy. Nejprve byl uveden přehled užitých metod. V další části je prostor věnován umělé potratovosti dle věku ženy, ale také dalších diferenčních ukazatelů potratovosti (rodinný stav, vzdělání či region). V závěru kapitoly je krátce uveden vývoj užívání moderní antikoncepce, jenž bezprostředně souvisí s poklesem intenzity umělé potratovosti. Rovněž stručně je v následující části nastíněno mezinárodní srovnání umělé potratovosti, které je vzhledem k omezené dostupnosti dat, obtížné. Dalším cílem je zjistit, na základě dotazníku, postoje české veřejnosti k umělému přerušení těhotenství (UPT). Tomuto tématu je věnována předposlední kapitola, v jejímž úvodu jsou stanoveny základní hypotézy. V neposlední řadě je zkoumán názor veřejnosti dle různých kritérií (např. pohlaví, bydliště či vyznání). V závěru jsou pak shrnuty nejdůležitější poznatky této bakalářské práce.

Klíčová slova: umělé přerušení těhotenství, antikoncepce, plánované rodičovství, postoje k UPT

Induced abortion patterns in the Czech Republic

Abstract

One of the objectives of this study is mainly to present trends of induced abortions after 1987, when already the occurrence of induced abortions is not influenced (affected) by the restrictive legislative changes. At first, the study is focused on the methodology. Scope in the next part is for induced abortion by age of women, but also according to various differential indicators of abortions. (eg. marital status, education or region). In the end of this chapter is briefly introduced the progression of modern contraceptive immediately related with decrease of intensity of induced abortions. In the next chapter is briefly outlined international comparison, which is difficult due to several circumstances. Another object of this study is to examine attitude of the Czech public towards induced abortions – base on questionnaire. The penultimate chapter is devoted to this topic. There are basic hypothesis given in the introduction of this chapter. In final part is studied public opinion by various criteria (eg. gender, religion or place of residence). In conclusion are summarized the main findings of this study.

Keywords: induced abortion, contraception, family planning, attitudes towards abortion

OBSAH

Seznam tabulek	6
Seznam grafů	7
1 Úvod.....	8
2 Potrat a potratovost	10
2.1 Definice potratu.....	10
2.2 Druhy potratů	10
2.3 Statistika, zdroje dat a metodologie	12
2.4 Ukazatele potratovosti.....	14
2.5 Vývoj legislativy	15
3 Vývoj umělé potratovosti v České republice.....	17
3.1 Trendy umělé potratovosti podle věku žen	18
3.1.1 Míry umělé potratovosti podle věku žen.....	19
3.1.2 Index umělé potratovosti podle věku žen.....	20
3.2 Trendy umělé potratovosti podle rodinného stavu žen	21
3.3 Trendy umělé potratovosti podle pořadí UPT	22
3.4 Trendy umělé potratovosti podle počtu dětí narozených před interrupcí.....	22
3.5 Trendy umělé potratovosti podle vzdělání ženy	24
3.6 Trendy umělé potratovosti podle místa bydliště	26
3.7 Porovnání průměrných věků žen.....	27
3.8 Vývoj užívání antikoncepce.....	28
4 Mezinárodní srovnání.....	30
5 Postoje české veřejnosti k umělému přerušení těhotenství	33
5.1 Cíle výzkumu	33
5.2 Sběr dat a metodika	34
5.3 Analýza postojů.....	35
5.3.1 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska pohlaví.....	37
5.3.2 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska místa bydliště	38
5.3.3 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska rodinného stavu	40
5.3.4 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska vyznání.....	43
5.3.5 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska vzdělání	45

5.3.6	Vícenásobná analýza postojů metodou logistické regrese	46
5.3.7	Důvody respondentů pro podstoupení umělého přerušení těhotenství.....	50
6	Závěr	52
	Seznam použité literatury a zdrojů dat	55
	Přílohy	59

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Absolutní a relativní zastoupení druhů potratů v letech 1987 a 2008.....	11
Tab. 2	Rozdílná statistika umělých přerušení těhotenství ČSÚ a ÚZISu v letech 1989 a 2001	13
Tab. 3	Indexy UPT podle počtu dětí narozených před interrupcí v letech 1987, 1998 a 2008	23
Tab. 4	Charakteristika respondentů.....	34
Tab. 5	Charakteristika respondentů podle pohlaví a věkových skupin.....	34
Tab. 6	Signifikance v závislosti na pohlaví.....	37
Tab. 7	Signifikance v závislosti na místě bydliště	39
Tab. 8	Signifikance v závislosti na rodinném stavu.....	40
Tab. 9	Signifikance uvnitř skupin v otázce č. 7 v závislosti na rodinném stavu.....	40
Tab. 10	Postoj k otázkám č. 1 a 2 v závislosti na rodinném stavu (v %).....	41
Tab. 11	Postoj k otázce č. 3 v závislosti na rodinném stavu (v %)	41
Tab. 12	Postoj k otázce č. 5 v závislosti na rodinném stavu (v %)	42
Tab. 13	Postoj k otázce č. 6 v závislosti na rodinném stavu (v %)	42
Tab. 14	Postoj k otázce č. 7 v závislosti na rodinném stavu (v %)	42
Tab. 15	Postoj k otázce č. 8 v závislosti na rodinném stavu (v %)	43
Tab. 16	Postoj k otázce č. 9 v závislosti na rodinném stavu (v %)	43
Tab. 17	Signifikance v závislosti na vyznání.....	43
Tab. 18	Signifikance v závislosti na vzdělání.....	45
Tab. 19	Waldova statistika pro závisle proměnnou (Respondenti souhlasí/nesouhlasí s prováděním miniinterrupce z jiných než zdravotních důvodů)	47
Tab. 20	Waldova statistika pro závisle proměnnou (Respondenti souhlasí/nesouhlasí s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů)	48
Tab. 21	Waldova statistika pro závisle proměnnou (Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 Kč – 2.300 Kč/ 2.500 Kč a více) je/není přiměřená)	48
Tab. 22	Klasifikační tabulka otázky č. 5 (Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním)	49
Tab. 23	Waldova statistika pro závisle proměnnou (Respondenti souhlasí/nesouhlasí s anonymním prováděním UPT)	50
Tab. 24	Důvody mužů a žen k podstoupení umělého přerušení těhotenství.....	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Procentuální zastoupení druhů potratů v letech 1987 a 2008	12
Graf 2	Vývoj úhrnné plodnosti, úhrnné umělé potratovosti a úhrnné samovolné potratovosti v letech 1958 - 2008.....	17
Graf 3	Míry umělé potratovosti podle věku žen v letech 1987 - 2008.....	19
Graf 4	Index umělé potratovosti podle věku žen v letech 1987 - 2008.....	20
Graf 5	Složení interrupcí podle rodinného stavu žen v letech 1987 - 2008	21
Graf 6	Míry úhrnné umělé potratovosti podle pořadí v letech 1987 - 2008.....	22
Graf 7	Podíl umělých přerušení těhotenství podle počtu živě narozených dětí před interrupcí v letech 1987 - 2008	24
Graf 8	Index umělé potratovosti v dané vzdělanostní kategorii v letech 1987 - 2008.....	25
Graf 9	Úhrnná umělá potratovost v krajích České republiky v letech 1992 a 2008	26
Graf 10	Průměrný věk žen při umělém přerušení těhotenství v krajích ČR v letech 1992 a 2008	27
Graf 11	Průměrný věk ženy při 1. interrupci a průměrný věk matky při narození 1. dítěte v letech 1987 - 2008	28
Graf 12	Trendy užívání moderní antikoncepce a UPT (na 1000 žen ve fertilním věku) v letech 1987 - 2008.....	29
Graf 13	Vývoj indexu umělé potratovosti ve vybraných státech Evropy v letech 1987 - 2008.....	31
Graf 14	Názor respondentů na jednotlivé otázky dotazníku	35
Graf 15	Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na pohlaví	38
Graf 16	Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na místě bydliště	39
Graf 17	Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na vyznání.....	44
Graf 18	Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na vzdělání.....	46

Kapitola 1

Úvod

V řadě společností je v současnosti umělé přerušení těhotenství (UPT) bráno tolerantně, avšak existují i takové, ve kterých se na interrupce pohlíží velice odmítavě. Ať již z náboženských, psychologických či jiných důvodů, je umělé přerušení těhotenství velice kontroverzní téma. Ačkoliv by se laikům mohlo zdát, že provádění interrupcí je výdobytek moderní doby, není tomu tak. Provádění umělých přerušení těhotenství je známo již ze starověku, kdy se o nich jako první zmiňuje Chammurapiho zákoník pocházející ze Starobabylonské říše (Doubková Brodská, 2009, s. 17). V této době byly interrupce ještě zakázány a velmi přísně trestány. Dle R. Flaceliera, jenž je citován v práci B. Doubkové Brodské, ke změně došlo až v Evropě, konkrétně ve starověkém Řecku a Římě, kdy se první interrupce začaly provádět vdáným ženám. Nicméně tyto ženy mohly interrupce podstoupit pouze za souhlasu svého manžela. Pokud žena souhlas manžela nezískala a přesto zákrok podstoupila, mohla být přísně potrestána.

Důvodů, proč bylo toto téma vybráno, je několik. Jedním z nich byla skutečnost, že UPT bylo v minulosti a je dodnes velmi diskutované téma. Snad v každém státě se najdou příznivci tzv. skupiny „pro-choice“ (pro volbu) a skupiny, které jsou na opačné straně, tzv. „pro-life“ (pro život). Argumenty skupiny „pro-choice“ jsou založeny především na biologickém hledisku, kdy embryo ještě nelze považovat za jedince schopného života mimo tělo matky, kdy neexistuje mozek či pracuje jen velmi jednoduše. Do té doby se jedná pouze o část těla matky, nikoliv o individuální bytost (Wikipedie, 2010). Skupina, která se s tímto tvrzením ztotožňuje je u nás například Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. Jak již bylo zmíněno, tzv. „pro-life“ skupina nesouhlasí s interrupcemi. Její příznivci se nacházejí zejména v různých církevních řadách, proto své argumenty zakládají především na náboženském hledisku. Toto pojetí zastánci odůvodňují tím, že člověk je člověkem od početí, i když není schopen samostatně přežít (Wikipedie, 2010). Zastánci tohoto tvrzení považují umělé přerušení těhotenství za vraždu. Nejznámější českou „pro-life“ skupinou je Hnutí pro život. S tímto souvisí další důvod, proč bylo toto téma vybráno. Je zajímavé pozorovat, jaké názory na umělá přerušení těhotenství má česká veřejnost. Proto byl také vytvořen dotazník a jedním z cílů této práce bude vypracování a prezentování jeho výsledků.

Dalším cílem této práce je seznámit s trendy umělé potratovosti v letech 1987 - 2008, kdy již na vývoj umělé potratovosti nemají významný vliv restriktivní legislativní úpravy.

Samotná práce je rozdělena do několika kapitol. Kapitola 2 je věnována definici a druhům potratů, dále také statistice či ukazatelům (umělé) potratovosti. V závěru této kapitoly je zmíněn stručný vývoj legislativy.

Kapitola 3 je zaměřena na trendy umělé potratovosti. V jejím úvodu je krátce nastíněn vývoj umělé potratovosti v kontextu plodnosti od roku 1958. V následujících podkapitolách je největší pozornost zaměřena vývoji od poslední legislativní změny v roce 1987. Sledován je vývoj nejen podle věku ženy, ale také dle diferenčních ukazatelů umělé potratovosti. V závěru kapitoly 3 pak je prostor věnován moderním prostředkům antikoncepce.

V kapitole 4 je poskytnut prostor mezinárodnímu srovnání umělé potratovosti. Avšak této kapitole je věnována jen malá pozornost, neboť jak bude ještě několikrát zmiňováno, mezinárodní srovnávání umělé potratovosti je velice obtížné.

Následující kapitola je věnována zjišťování postojů české veřejnosti na provádění UPT na základě dotazníku. V úvodu této části jsou uvedeny základní hypotézy, které se podle jednotlivých výsledků analýzy potvrzují či vyvracejí. Dále je v jednotlivých oddílech zjišťován názor respondentů dle určitých kritérií, v tomto případě je to pohlaví, rodinný stav, náboženské vyznání, vzdělání a místo bydliště. Této kapitole je v práci věnována poměrně značná část, avšak jedná se o první studii tohoto typu zpracovanou na základě vlastního dotazníku.

V závěru jsou shrnuty nejdůležitější poznatky z vývoje umělé potratovosti a také některé výsledky výzkumné části.

Kapitola 2

Potrat a potratovost

2.1 Definice potratu

V minulosti došlo v legislativě k několika změnám v definici samovolného potratu, respektive mrtvě narozeného dítěte. Nyní platí vyhláška Ministerstva zdravotnictví o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky z roku 1988. Potratem se rozumí:

- 1) ukončení těhotenství ženy, při němž:
 - a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů,
 - b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu,
 - c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.
- 2) ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství).

Zdravotnická statistika Potraty 2008 (2009), ÚZIS, str. 8

2.2 Druhy potratů

V minulosti bylo dělení potratů velice sporné. Ještě v polovině 80. let se potraty v Československu dělily jen do tří skupin: potraty na žádost (interrupce), samovolné potraty a ostatní potraty (Pavlík Z., Rychtaříková J., Šubrtová A., 1986, str. 329).

Dnes se již používá přesnější vymezení potratů. V práci jsou uvedeny druhy potratů dle vymezení Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky:

- A) Samovolný potrat: spontánní vypuzení plodu z dělohy před ukončením 28. týdne těhotenství.

B) Miniinterrupce: jedná se o umělé ukončení těhotenství prováděné vakuovou aspirací. Tato metoda je pro ženu šetrnější a lze ji provést v raném stádiu těhotenství, tj. do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky.

C) Jiné legální UPT: legální ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství. Po uplynutí 12 týdnů těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod je neschopen života. Nepatří sem ukončení mimoděložního těhotenství.

D) Ostatní potraty: tj. potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou - jedná se převážně o tzv. kriminální potraty.

E) Mimoděložní těhotenství: umělé ukončení mimoděložního těhotenství. Vzniká při uhnízdění oplodněného vajíčka mimo dělohu, většinou ve vejcovodu, popř. též ve vaječníku či dutině břišní.

Zdravotnická statistika Potraty 2008 (2009), ÚZIS, str. 8.

Současné dělení druhů potratů dle ÚZISu je zavedeno od roku 1987. Z tohoto důvodu je v této části uvedena tabulka s počty a podíly potratů podle druhů v roce 1987 a 2008. Dále také výšečové grafy, jež ukazují, jak se v průběhu let pozměnilo procentuální zastoupení jednotlivých druhů.

Tab. 1 - Absolutní a relativní zastoupení druhů potratů v letech 1987 a 2008

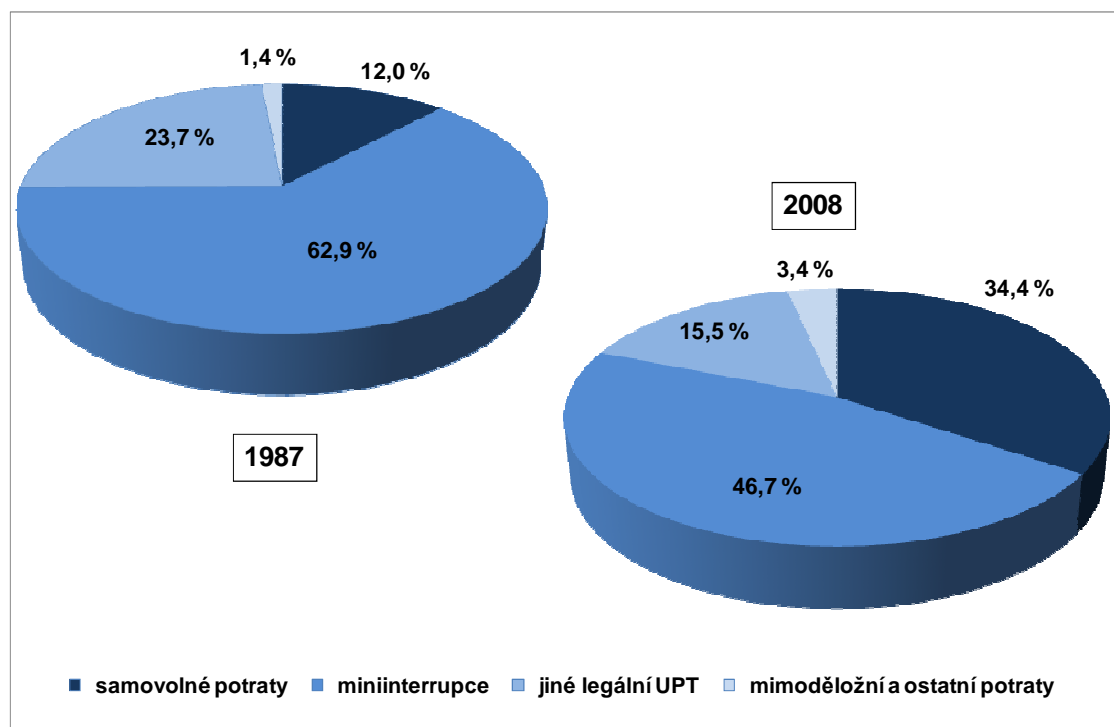
Druh potratu	1987		2008	
	abs.	%	abs.	%
samovolné potraty	15228	12,0	14273	34,4
miniinterrupce	79635	62,9	19343	46,7
jiné legální UPT	29991	23,7	6417	15,5
mimoděložní a ostatní potraty	1836	1,4	1413	3,4
celkem	126690	100	41446	100

Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Ve sledovaném období došlo k obrovskému poklesu celkového počtu potratů. V roce 1987 se počet všech potratů pohyboval nad sto tisíci a interrupce byla nejčastěji používaná antikoncepce ex-post. Do roku 2008 však celkový počet potratů klesl na třetinu. Uvedený pokles souvisel především s rozšiřováním antikoncepce po sametové revoluci. Nejprve se užívala především nitroděložní antikoncepce, avšak od počátku 90. let vykazuje hormonální antikoncepce plynulý nárůst. Z hlediska druhů potratů došlo ke snížení počtu všech druhů. Nejmenší pokles zaznamenaly mimoděložní těhotenství a ostatní potraty, jež se v čase mění jen velice nenápadně a stále se pohybují na podobných hodnotách. Podobný vývoj je patrný i u samovolných potratů, kde za celé jednadvacetileté období poklesl počet samovolných potratů téměř o tisíc. Naopak k obrovskému snížení došlo u interrupcí. Samotné miniinterrupce klesly od roku 1987 na čtvrtinu z původních téměř 80 tisíc miniinterrupcí. Jiné legální UPT tak

dramatický pokles jako miniinterrupci nezaznamenaly, ale i přesto je úbytek o téměř 23 tisíc výrazný pokrok ve vývoji umělé potratovosti.

Graf 1 - Procentuální zastoupení druhů potratů v letech 1987 a 2008



Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Pokud se zaměříme na podíly jednotlivých druhů, mohlo by se zdát, že v průběhu let došlo k nárůstu počtu samovolných potratů. Avšak relativní zvýšení samovolných potratů z 12 % na více než 34 % je způsobeno radikálním snížením miniinterrupcí a jiných legálních UPT. Analogické zvýšení je viditelné i u mimoděložních a ostatních potratů. V minulosti tvořilo umělé přerušení těhotenství do 7. – 8. týdne těhotenství (miniinterrupce) téměř 63 % ze všech potratů. V roce 2008 již miniinterrupce netvoří ani 50 %. Podobně jakou předchozího druhu došlo ke snížení podílu i jiných legálních UPT. Do budoucna lze v závislosti na snižování umělých přerušení těhotenství očekávat další pokles podílu především u miniinterrupcí.

2.3 Statistika, zdroje dat a metodologie

Zjišťování umělé potratovosti začíná u Žádosti o umělé přerušení těhotenství (UPT), hlášení potratu a mimoděložního těhotenství. Tento tiskopis žena obdrží od svého gynekologa.

Sběr hlášení a zpracování údajů v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) provádí Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), který také vydává Závazné pokyny NZIS pro vyplňování, sběr a zpracování vstupních formulářů. Hlášení je povinné a podléhájí mu jak české státní příslušnice s trvalým bydlištěm na území ČR, tak i cizinky bez ohledu na formu a délku pobytu. (Potraty 2008, 2009, ÚZIS, str. 7)

V měsíčním intervalu je ÚZISem poslán soubor o potratech Českému statistickému úřadu (ČSÚ), jež tyto údaje zpracuje a následně publikuje v Demografické ročence České republiky.

Samotný ÚZIS České republiky také vydává publikace týkající se potratů. Každoročně vychází v edici Zdravotnická statistika publikace Potraty, vždy za příslušný kalendářní rok. V roce 2005 došlo, za účelem zkvalitnění informací, k důležité změně ve zpracování dat ÚZISu. Od tohoto okamžiku se začala publikovat data za české státní občanky i cizinky souhrnně. Tímto krokem došlo ke sjednocení dat s ČSÚ. Pro ilustraci je uvedena Tab. 2, ve které jsou počty UPT, jak je v minulosti publikoval Český statistický úřad a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Tab. 2 – Rozdílná statistika umělých přerušení těhotenství ČSÚ a ÚZISu v letech 1989 a 2001

Rok	Český statistický úřad za ženy s trvalým pobytem v ČR			Ústav zdravotnických informací a statistiky					
	celkem (bez MDT)	ze zdrav. důvodů	miniinterrupce	celkem (bez MDT)		ze zdrav. důvodů		miniinterrupce	
				T	C	T	C	T	C
1989	109743	10008	86732	107403	2436	9871	130	85216	1595
1990	109375	9533	87933	107131	2231	9428	76	86444	1489
1991	104293	8929	84711	103124	1157	8836	55	83915	798
1992	94180	10332	77566	93435	769	10270	44	77040	546
1993	70634	15896	57938	69398	1237	15738	135	56982	957
1994	54836	13217	46609	53674	1162	13046	171	45694	915
1995	49531	11838	41735	48286	1245	11679	159	40755	980
1996	48086	11036	40333	46506	1580	10884	152	39125	1208
1997	45022	9709	37882	43261	1761	9578	131	36497	1385
1998	42959	8896	35752	40935	2024	8742	154	34193	1559
1999	39382	7756	32579	37157	2225	7634	122	30834	1745
2000	34623	6472	28418	32530	2093	6338	134	26785	1633
2001	32528	-	-	30358	2170	5877	-	24483	-

Poznámka: T („tuzemky“) – ženy s českým občanstvím, C („cizinky“) – ženy s cizí státní příslušností.

Zdroj: Populační vývoj České republiky 1990 – 2002, str. 56.

V práci se téměř všechna data týkají České republiky a vycházejí z publikací Českého statistického úřadu. Výjimkou jsou jen data ke grafu, který se týká vývoje užívání moderní antikoncepce, kde jsou počty žen užívajících hormonální a nitroděložní antikoncepci brána z Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Pro mezinárodní srovnání byla použita data získaná z jednotlivých národních statistických úřadů.

Umělá potratovost z hlediska mezinárodního srovnání se hodnotí velice obtížně. Již na začátku zkoumání procesu potratovosti se lze setkat s několika úskalími. Hlavním problémem je nesjednocenost definice slova „potrat“ a také jeho právní úprava v různých zemích. Dalším úskalím je rozdílná evidence v jednotlivých státech. V mnoha zemích, i velice vyspělých, se neeviduje mimoděložní těhotenství či miniinterrupce, čímž je hodnocení intenzity a vývoje potratovosti komplikovanější a nepřesné.

V kapitole 5, Postoje české veřejnosti k umělému přerušení těhotenství, byl pro zjištění výsledků užit statistický program SPSS. V něm především ANOVA test (anglicky *analysis of variance*), což je v překladu analýza rozptylu. Při ANOVA testu se testuje hypotéza, zda průměry ve skupinách určených nezávisle proměnnými se od sebe liší více než na základě působení náhodného kolísání. V případě, že se průměry neliší významně, nezávisle proměnné na závisle proměnnou nemají vliv. Dále byla provedena binární logistická regrese. Logistický regresní model se používá k vysvětlení efektu nezávislé proměnné či více nezávislých proměnných na binární závislou proměnnou.

2.4 Ukazatele potratovosti

Potratovost lze analyzovat dvěma způsoby. V prvním případě se potratovost zkoumá metodami užívanými při studiu procesu porodnosti, ve druhém případě analytickými nástroji procesu úmrtnosti. Všechny ukazatele, které jsou v této části představeny, jsou vztažené na potratovost jako takovou. Zároveň je ale možné všechny vzorce aplikovat konkrétně na umělou či samovolnou potratovost (tedy například: hrubá míra umělé potratovosti, hrubá míra samovolné potratovosti).

Obecná míra potratovosti (po) se užívá, pokud jsou potraty považovány za povahově stejné události jako porody. Tím pádem jsou ukazatele definovány jako míry plodnosti. Obecná míra potratovosti je definována jako poměr počtu potratů (A) na 1000 žen ve věku 15-49 let (P_{15-49}^z).

$$po = \frac{A}{P_{15-49}^z} * 1000$$

Počet potratů se značně mění dle věku žen. Z toho důvodu je vhodné počítat *míry potratovosti podle věku ženy (po_x)*. Tyto míry lze za Českou republiku počítat, neboť česká statistika třídí potraty podle druhu a dokončeného věku ženy. Obecně je to poměr počtu potratů v daném věku žen (A_x) na 1000 žen středního stavu v tomto věku (P_x^z).

$$po_x = \frac{A_x}{P_x^z} * 1000$$

Úhrnná potratovost (úpo) je ve skutečnosti analogie úhrnné plodnosti. To znamená, součet měr potratovosti podle věku ženy. Zjednodušeně je úhrnná potratovost průměrný počet potratů připadajících na jednu ženu během jejího reprodukčního období.

$$\dot{u}po = \sum_{x=15}^{x=49} po_x$$

Bude-li se hodnotit potratovost procesem úmrtnosti, užijeme *index potratovosti (ipo)*. Tento index je poměrem počtu potratů (A) na 100 narozených (N) či živě narozených dětí (N^v).

$$ipo = \frac{A}{N (N^v)} * 100$$

Pokud je třeba vypočítat prostřednictvím tohoto ukazatele intenzitu potratovosti dle věku ženy lze použít *index potratovosti dle věku ženy (ipo_x)*. Tento index je poměrem počtu potratů žen v určitém věku (A_x) na 100 narozených (N_x) či živě narozených dětí ženám v daném věku (N_x^v).

$$ipo_x = \frac{A_x}{N_x (N_x^v)} * 100$$

Průměrný věk ženy při interrupci (případně průměrný věk ženy při 1. interrupci) je obdobný ukazatel jako průměrný věk matky při narození dítěte (eventuelně průměrný věk matky při narození 1. dítěte). Průměrný věk ženy při potratu (\bar{x}) lze spočítat jako sumu měr potratovosti dle věku ženy (Σpo_x) vynásobených středy věkových intervalů (x_c) k úhrnu specifických měr potratovosti dle věku (po_x).

$$\bar{x} = \frac{\Sigma(po_x \cdot x_c)}{\Sigma po_x}$$

Pavlík, Z., Rychtaříková, J., Šubrtová, A., 1986, str. 330 – 337.

2.5 Vývoj legislativy

V této podkapitole jsou všechny uvedené zákony a vyhlášky převzaty z webových stran Ministerstva vnitra ČR (MVČR). UPT je u nás zlegalizováno již řadu let. V roce 1950 byl schválen zákon o umělém přerušení těhotenství pouze ze zdravotních důvodů. Avšak důležitějším mezníkem týkajícím se tohoto tématu je rok 1958, kdy byl v platnost uveden zákon č.68/1957. Tento zákon povolil provádět interrupce ze zdravotních důvodů a „důvodů zvláštního zřetele hodných“. Proto byly zřízeny interrupční komise, které měly za úkol rozhodovat o tom, zda k UPT dojde či ne. V roce 1962 došlo ke zpřísnění tohoto zákona, což zapříčinilo pokles úrovně umělé potratovosti. O devět let později byla v zájmu zlepšení populačního vývoje vydána vyhláška, jež upravovala „důvody zvláštního zřetele hodné“. Další vyhláškou, z roku 1980, bylo povoleno provádět UPT již po 6 měsících od posledního zákroku.

V roce 1986 byl přijat nový zákon, který nahradil ten původní, z roku 1957. Tento zákon vstoupil v platnost 1. 1. 1987 a je aktuální dodnes. S jeho přijetím došlo ke zrušení interrupčních komisí a přerušení těhotenství bylo možno provést do 12. týdne těhotenství nejen ze zdravotních důvodů. Tato liberalizace způsobila obrovský vzrůst počtu umělých potratů. Dále zákon zakazoval provést interrupci dívce mladší šestnácti let bez souhlasu zákonného zástupce. Pokud je dívka ve věku mezi šestnáctým a osmnáctým rokem života, musí zdravotnické zařízení o provedeném zákroku informovat zákonného zástupce.

V roce 1993 byla provedena změna sazby za provedený výkon. V tomto roce byl stanoven poplatek (do té doby pouze příplatek) pokud se nejednalo o nutný zákrok v zájmu zachování zdraví těhotné ženy. Tímto krokem se snížil výskyt umělých potratů, neboť pro některé ženy se zpoplatnění stalo překážkou. Celkový počet interrupcí klesl, avšak narostl jejich počet ze zdravotních důvodů. V současnosti je miniinterrupce zpoplatněna částkou od 1 600 Kč do 2 300 Kč v závislosti na velikosti nemocnice (čím větší nemocnice, tím menší poplatek). V případě provedení UPT po 7. – 8. týdnu těhotenství se částka pohybuje od 2 500 Kč výše. Pro porovnání konkrétních čísel byly kontaktovány tři nemocnice Královéhradeckého kraje. První, lze předpokládat, že nejznámější, je Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Další byla vybrána poněkud méně známá nemocnice, Oblastní nemocnice v Náchodě. Pro úplné porovnání bylo jako poslední vybráno První privátní chirurgické centrum s.r.o. v Hradci Králové, tzv. SANUS. Fakultní nemocnice v HK provádí miniinterrupci za 1 650 Kč. I přesto, že je SANUS soukromá

nemocnice, miniinterrupce v tomto zdravotnickém zařízení stojí 1 910 Kč, což je podstatně nižší poplatek než si účtuje Oblastní nemocnice v Náchodě (2 300 Kč). I pokud se týče UPT po 7. – 8. týdnu těhotenství pořadí nemocnic z hlediska ceny zůstává stejné. Fakultní nemocnice v Hradci Králové tento zákrok provádí za nejnižší sazbu (2 500 Kč), SANUS je o trochu dražší (2 660 Kč) a v Náchodě si žena zaplatí nejvíce (více než 3 000 Kč). V případě, kdy je žena Rh negativní, musí si k zákroku připlatit ještě injekci Rhesonativu (SANUS 1 192 Kč).

Pokud se žena rozhodne pro umělé přerušení těhotenství, vyplní Žádost o umělé přerušení těhotenství (UPT)¹, kterou ji poskytne její gynekolog. Ten je povinen ženu informovat o možných zdravotních důsledcích a o používání antikoncepce. Následně se umělé přerušení těhotenství provede v gynekologickém lůžkovém zařízení. Běžně se UPT provádí do 12. týdne těhotenství. Po tomto termínu je možné zákrok provést pouze ze zdravotních důvodů, a to až do 24. týdne těhotenství (pokud je prokázán vážný genetický důvod).

Nejnovějšími snahami změnit či případně zrušit zákon o umělém přerušení těhotenství se zabývali v roce 2003 někteří poslanci KDU-ČSL (konkrétně Jiří Karas, Jan Kasal) a poslanec ODS, Petr Pleva. Návrh byl poslán k projednání do Poslanecké sněmovny a následně vládě, která ho v červenci 2003 z mnoha důvodů zamítla². Vláda se v případě zpřísnění zákona o umělém přerušení těhotenství obávala vzrůstu nelegálních interrupcí či tzv. potratové turistiky. Potratová turistika je známá například z Irska, kde není UPT na žádost povoleno. Z tohoto důvodu jezdí irské ženy na umělé přerušení těhotenství do Velké Británie. Současná legislativa a zdravotní politika v České republice je plně v souladu s rezolucí Evropského parlamentu 2001/2128, ve které se zdůrazňuje, že interrupce nemá být prosazována jako metoda plánovaného rodičovství (Kocourková, 2007, s. 39).

¹ Žádost o umělé přerušení těhotenství (UPT) je uvedena v příloze.

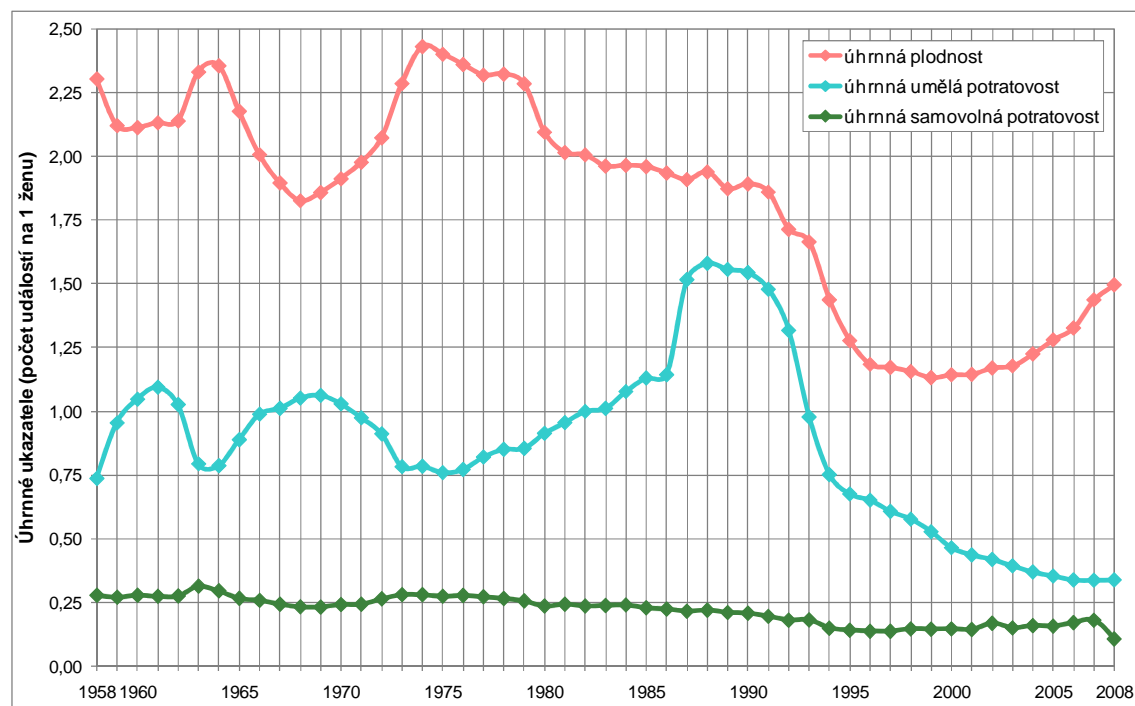
² Plné znění stanoviska vlády je uvedeno v příloze.

Kapitola 3

Vývoj umělé potratovosti v České republice

Vývoj umělé potratovosti v České republice byl v minulosti ovlivňován především změnami v legislativě a později také rozšiřováním moderní antikoncepce. První velká legislativní úprava, zákon o umělém přerušení těhotenství z roku 1957, velmi usnadnil situaci těhotných žen, které se nacházely v těžké životní situaci. V té době jiná možnost, jak odvrátit nechtěné těhotenství v podstatě nebyla, neboť moderní antikoncepce v tehdejší společnosti ještě neexistovala. Graf 2 zobrazuje vývoj úhrnné plodnosti, úhrnné samovolné potratovosti a především úhrnné umělé potratovosti.

Graf 2 – Vývoj úhrnné plodnosti, úhrnné umělé potratovosti a úhrnné samovolné potratovosti v letech 1958 - 2008



Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Až do počátku 90. let 20. století byl mezi plodností a umělou potratovostí patrný inverzní vztah. V případě, že se zvýšila úroveň plodnosti, snížila se intenzita umělé potratovosti

a naopak. V Grafu 2 je vidět, že s nastolením zákona o umělém přerušení těhotenství (1958) se do roku 1960 snižovala úhrnná plodnost. Naopak úhrnná umělá potratovost ve stejném období rostla. Následně se tyto ukazatele vyvíjely dle změn legislativy, respektive vyhlášek o podmínkách umělého přerušení těhotenství z jiných než zdravotních důvodů či v souvislosti s přijímanými propopulačními opatřeními, popřípadě dalšími faktory více či méně příznivými rodině. Počínaje devadesátými lety se tyto ukazatele začaly vyvíjet samostatně. Do poloviny 90. let vykazovaly oba ukazatele obrovský pokles, avšak na rozdíl od úhrnné plodnosti, která od počátku 21. století vzrůstá, úhrnná umělá potratovost klesala až do roku 2005.

Nikdy ve své historii nepřevyšovala úhrnná umělá potratovost hodnotu úhrnné plodnosti a ani současná či budoucí situace tomu nenasvědčuje. Nejblíže se k sobě tyto dva ukazatele přiblížily na konci 80. let a počátkem let 90. Souviselo to především s liberalizací nového zákona o umělém přerušení těhotenství (s účinností od 1. 1. 1987), jenž spočíval především ve zrušení komisí, které udělovaly souhlas žádosti o UPT. Ženám tak bylo umožněno jakkoliv nakládat se svým těhotenstvím. V této době dosáhla hodnota úhrnné umělé potratovosti svého maxima a v tomto roce by se interrupci podrobila každá žena ve fertilním věku více než 1,5 krát. Úhrnná plodnost v tomto samém roce byla přibližně 1,8 – 1,9 dítěte na 1 ženu. Naopak propastný rozdíl za padesátileté období byl zaznamenán v polovině 70. let, kdy se projevil vliv zavedených propopulačních opatření a úhrnná plodnost se tehdy krátkodobě zvýšila na téměř 2,5 dítěte na 1 ženu, zatímco úhrnná umělá potratovost se snížila z hodnoty 1 na 0,75 UPT na 1 ženu.

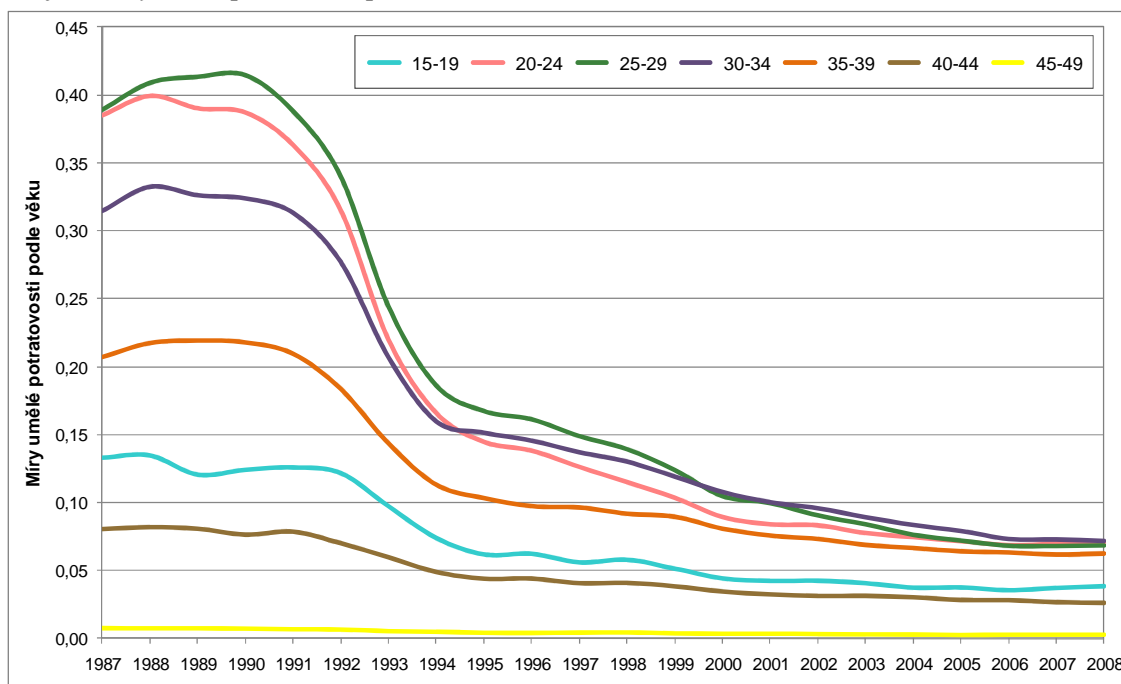
Úhrnná samovolná potratovost má po celé sledované období téměř neměnný vývoj. Jen výjimečně v minulosti docházelo k nepatrným výkyvům úhrnné samovolné potratovosti. V roce 1958 připadalo bezmála 0,3 samovolných potratů na 1 ženu. Na konci sledovaného období byla úhrnná samovolná potratovost pouze 0,1 samovolných potratů na 1 ženu. V tom samém roce dosahovala hodnota úhrnné plodnosti 1,5 dítěte na 1 ženu. Jak již bylo řečeno, úhrnná umělá potratovost donedávna klesala, avšak od roku 2005 její hodnota stagnuje na 0,34 umělých přerušení těhotenství na 1 ženu. To znamená, že by se jen třetina žen ve věku 15-49 let měla podrobit umělému přerušení těhotenství.

3.1 Trendy umělé potratovosti podle věku žen

Za více než 20 let došlo v trendu umělé potratovosti k velké změně. Na počátku bylo důsledkem změny reprodukčního chování žen velice patrné sblížování hodnot všech věkových skupin. V této části jsou spočteny dva různé ukazatele umělé potratovosti, jedním z nich jsou míry umělé potratovosti podle věku žen (Graf 3) a druhým je index umělé potratovosti podle věku žen (Graf 4). Oba grafy jsou uvedeny proto, že mají zcela odlišnou strukturu, ačkoliv mají podobné sblížování jednotlivých věkových skupin.

3.1.1 Míry umělé potratovosti podle věku žen

Graf 3 - Míry umělé potratovosti podle věku žen v letech 1987 - 2008



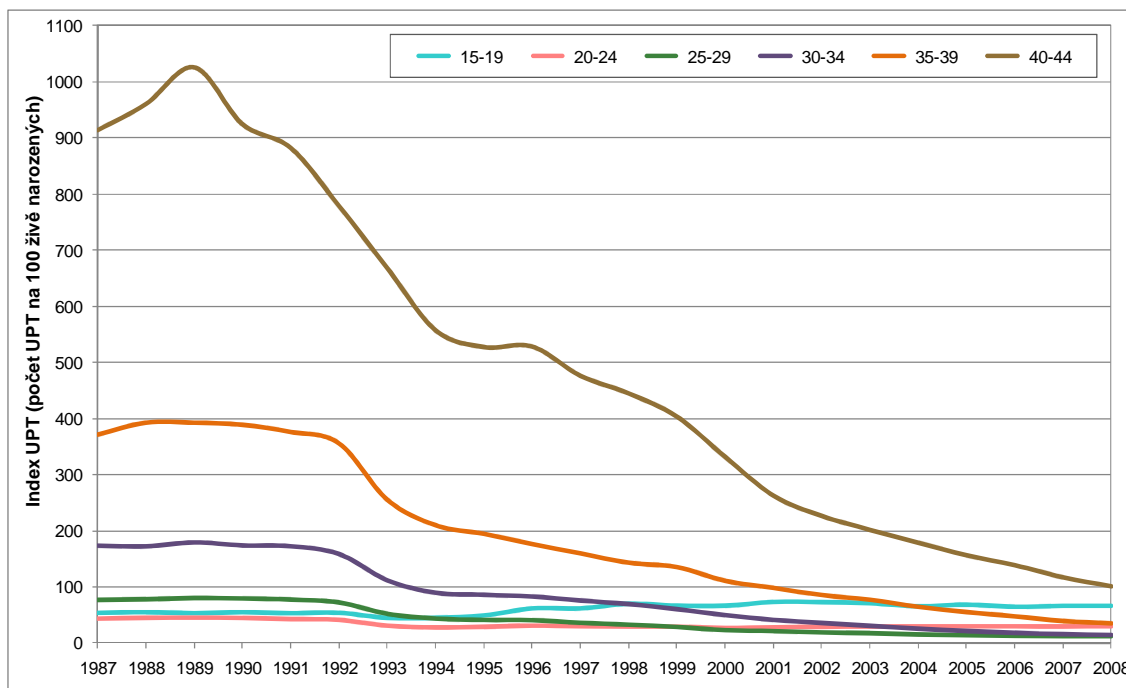
Poznámka: Počty UPT za pětileté věkové skupiny vznikly součtem počtu UPT za jednotlivé roky.

Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Míry umělé potratovosti klesaly nejvíce ve věkových intervalech, kde byly v minulosti nejvyšší. Jedná se především o širší skupinu 20-34 let. Naopak u nejstarší věkové skupiny, 45-49 let, došlo pouze na začátku k mírnému poklesu a v polovině 90. let se hodnoty této věkové kategorie staly téměř zanedbatelné. Dodnes je patrný trend sblížování všech věkových skupin. Na začátku sledovaného období byla nejvyšší míra umělé potratovosti ve věkové skupině 25-29 let, kde na 1000 žen tohoto věku připadalo téměř 400 umělých přerušení těhotenství. Tato věková skupina dosáhla svého vrcholu v roce 1990 (414 UPT na 1000 žen ve věku 25-29 let). Na druhém místě se v roce 1987 nacházela věková skupina 20-24 let, jež počátkem 90. let zaznamenala obrovský útlum v počtu provedených interrupcí. Důležitou je věková skupina 30-34 let, jejíž pokles se v polovině 90. let výrazně zpomalil. Důsledkem tohoto zpomalení byl vyšší počet žen podstupujících interrupci v této věkové skupině než ve skupině 20-24 let. V roce 2000 se křivka věkové skupiny 25-29 let a 30-34 let protнула a v současnosti podstupují UPT nejčastěji ženy ve věku 30-34 let. Vzhledem ke zvyšujícímu se průměrnému věku matek při narození prvního dítěte je hluboký pokles intenzity interrupcí u žen ve věku do třiceti let výsledkem zlepšování prevence otěhotnění u bezdětných žen buď v zájmu odkladu narození dítěte do vyššího věku, nebo ve snaze zabránit jeho narození vůbec (Kocourková, 2006, s. 53).

3.1.2 Index umělé potratovosti podle věku žen

Graf 4 - Index umělé potratovosti podle věku žen v letech 1987 - 2008



Poznámky: Počty UPT za pětileté věkové skupiny vznikly součtem počtu UPT za jednotlivé roky. Věková skupina 45-49 let již v tomto grafu není zobrazena, v tomto věku jsou velmi malé počty.

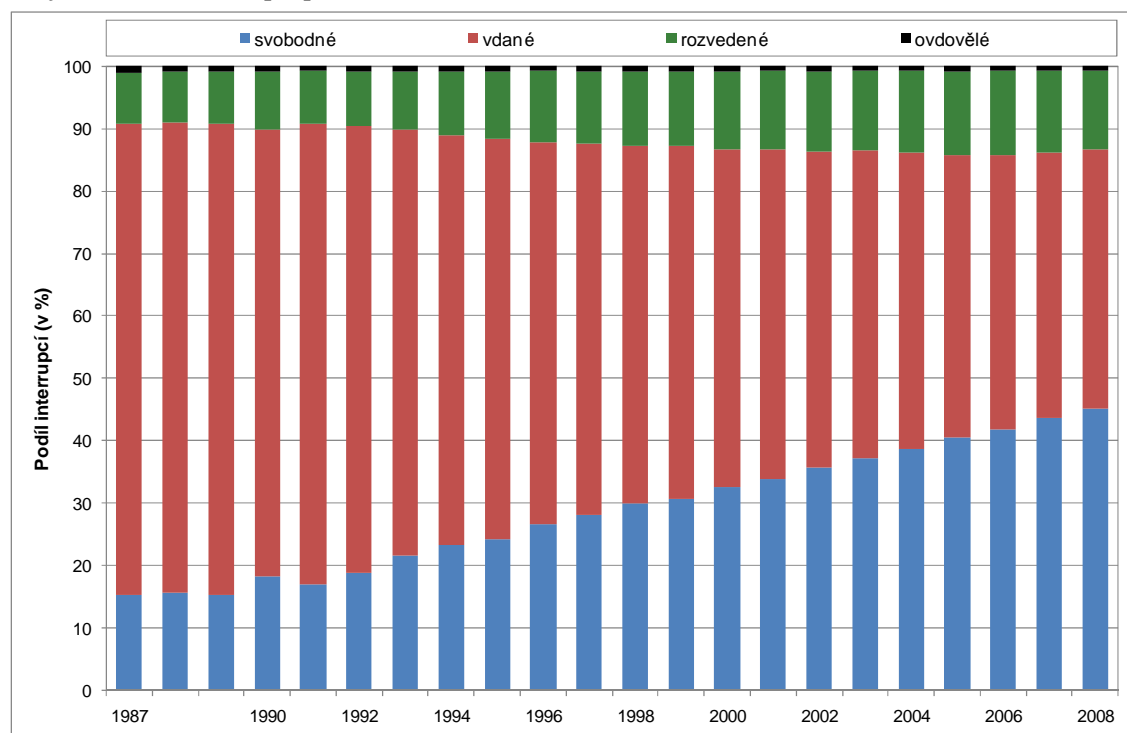
Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Zatímco rychle klesající trend v čase je u indexu UPT stejný jako u měr umělé potratovosti, maxima hodnot jsou dosažena v jiných věkových skupinách. Míra umělé potratovosti dle věku žen je nejvyšší v širší věkové skupině 20-34 let, naopak nejvyšší index umělé potratovosti je ve skupině 40-44 let. Odůvodnit to lze tím, že ženy v tomto věku častěji volí interrupci před narozením dítěte. U této věkové skupiny také během sledovaného období došlo k největšímu poklesu. Z roku 1989, kdy byl index UPT nejvyšší, a to téměř 1030 UPT na 100 živě narozených, klesl index UPT této věkové kategorie na 100 umělých přerušení těhotenství na 100 živě narozených dětí (1 umělé přerušení těhotenství na 1 živě narozené dítě). V roce 1987 byl druhý nejvyšší index UPT ve věkové skupině 35-39 let. Avšak i v této skupině došlo k mohutnému poklesu a dnes ženy ve věku 35-39 let podstupují umělé přerušení těhotenství méně často než ženy ve věku 15-19 let. U žen v tomto věku má index UPT v čase jiný trend než v ostatních věkových kategoriích, neboť index UPT v této nejnižší věkové kategorii vzrostl. Tato skutečnost pravděpodobně souvisí s odkládáním mateřství do vyššího věku. Dalším důvodem by mohlo být nesvědomitě užívání antikoncepce mladých žen. Na počátku sledovaného období byl index UPT u těchto žen téměř 55 umělých přerušení těhotenství na 100 živě narozených. Ovšem v roce 2008 byl index UPT takřka o 13 vyšší. Dnes je nejnižší index UPT v rozsáhlé věkové skupině, 20-39 let. V tomto věku ženy mnohem častěji volí narození (i nechtěného) dítěte než ženy v nejmladší a nejstarší věkové skupině.

3.2 Trendy umělé potratovosti podle rodinného stavu žen

Je zajímavé sledovat, jak se v průběhu dvaceti let mění zastoupení jednotlivých rodinných stavů na podílu umělých přerušení těhotenství. Změny jsou způsobeny především novým reprodukčním chováním osob, jež se projevuje například snižováním počtu vdaných žen v populaci. V současnosti ženy nepovažují za nutné žít v manželském svazku, pokud se ovšem pro manželství rozhodnou, častěji k němu dochází v pozdějším věku než v minulosti.

Graf 5 - Složení interrupcí podle rodinného stavu žen v letech 1987 - 2008



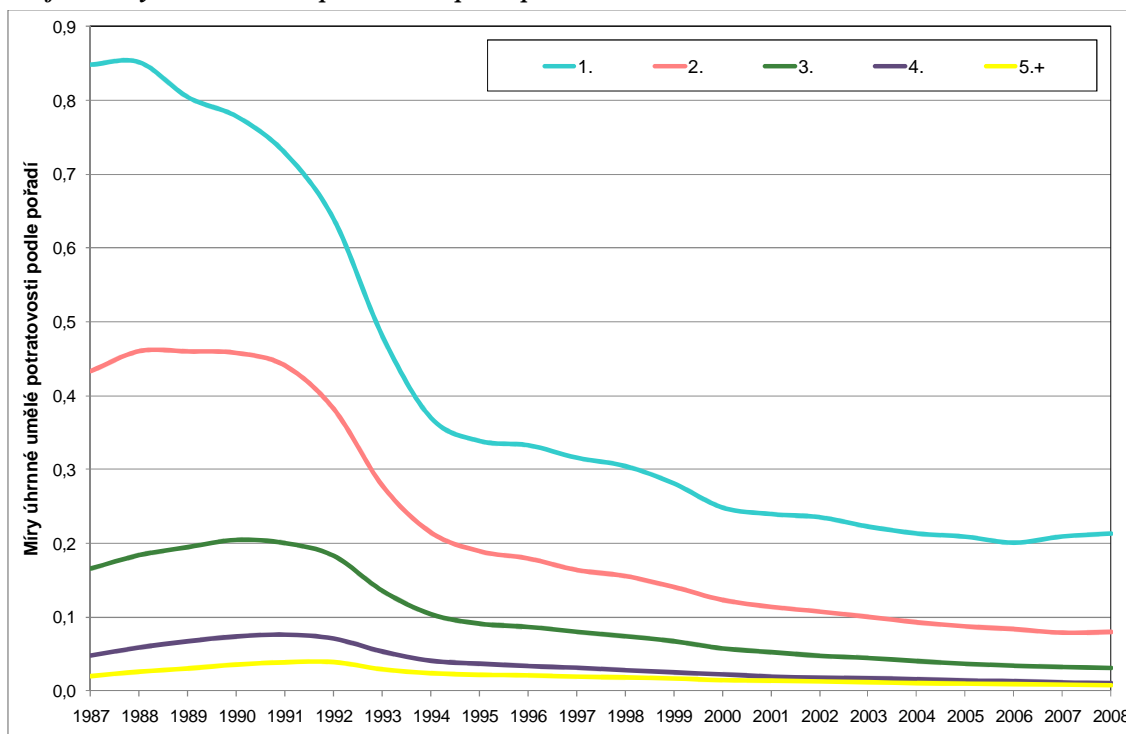
Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Podíl interrupcí dle rodinného stavu zaznamenal během sledovaných 21 let výrazné změny. V roce 1987 tvořil podíl svobodných žen, které prodělaly UPT pouze 15 %. V tomto období podstupovaly interrupce především vdané ženy, které již považovaly svou plodnost za ukončenou. Proto je zřejmá procentuální převaha vdaných žen (75 %) v roce 1987. Během několika následujících let se relativní zastoupení vdaných žen podstupujících interrupci snižovalo. V současnosti můžeme sledovat trend nový, kdy nejen díky snižujícímu se počtu vdaných žen, ale i častějšímu UPT u mladých dívek, dochází k plynulému nárůstu podílu svobodných žen podstupujících interrupci. Téměř po celé období převažovalo umělé přerušování těhotenství vdaných žen, nicméně s rokem 2007 nastala změna a nejčastěji začaly UPT podstupovat ženy svobodné. Podíl rozvedených žen, které se rozhodly pro interrupci, vzrostl z počátku sledovaného období o 4 %, na současných téměř 13 %. Procentuální zastoupení ovdovělých žen zůstává v čase téměř neměnné a po celou dobu nepřekročilo 1 %.

3.3 Trendy umělé potratovosti podle pořadí UPT

Stejně jako se v čase mění rozložení měr umělé potratovosti dle věku ženy, tak se mění i rozložení UPT podle pořadí. Z následujícího grafu (Graf 6) je zřetelně vidět, že interrupce vyššího pořadí v průběhu let klesají, popřípadě stagnují. Výjimkou jsou jen interrupce prvního pořadí, u kterých je v posledních letech zaznamenán nepatrný růst.

Graf 6 - Míry úhrnné umělé potratovosti podle pořadí v letech 1987 - 2008



Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Pokles měr úhrnné umělé potratovosti dle pořadí v čase dlouhodobě klesal. Nejvýraznější pokles byl zaznamenán u interrupcí 1. pořadí. Ovšem od poloviny 90. let byl pokles pozvolnější a v současnosti je patrný dokonce mírný nárůst prvních interrupcí. Naopak se od počátku 90. let neustále snižuje zastoupení opakovaných interrupcí. Jak již bylo dříve uvedeno, do sametové revoluce byly UPT nejčastější metodou zabránění narození nechtěného dítěte po nechráněném pohlavním styku. Se změnou režimu přišla i změna antikoncepčních metod, tím došlo ke snížení UPT všech pořadí. Potratové chování žen v ČR se stále více přibližuje potratovému chování žen v západoevropských zemích, kde ženy, které již podstoupily jednu interrupci, se snaží zabránit dalšímu nechtěnému těhotenství účinnou antikoncepcí (Kocourková, 2008, s. 54).

3.4 Trendy umělé potratovosti podle počtu dětí narozených před interrupcí

Podle J. Kocourkové v české populaci stále přetrvává orientace na dvoudětný model rodiny, u vdaných žen je tato orientace o trochu silnější než u nevdaných. V Tab. 3 je pro lepší přehlednost zobrazen index UPT pouze za tři roky (1987, 1998 a 2008). Index UPT všech

skupin žen má po celou dobu klesající charakter. Výjimku tvoří pouze bezdětné vdané ženy. Na počátku sledovaného období podstupovaly interrupce především vdané ženy, které již měly dvě nebo tři děti a dále neplánovaly rozšiřovat rodinu. Nevdané ženy, ať svobodné, rozvedené či ovdovělé podstupovaly UPT daleko častěji a do poloviny 90. let byla u těchto žen interrupce běžnější než narození dítěte.

Tab. 3 – Indexy UPT podle počtu dětí narozených před interrupcí v letech 1987, 1998 a 2008

Počet živě narozených dětí před interrupcí	všechny ženy			vdané ženy			nevdané ženy		
	1987	1998	2008	1987	1998	2008	1987	1998	2008
0	24,4	23,2	13,8	2,0	2,3	3,7	252,2	94,2	25,5
1	46,9	30,9	14,7	37,1	20,3	7,7	310,8	108,2	35,4
2	354,7	184,4	65,6	347,4	188,5	60,1	433,5	169,1	78,2
3+	339,7	141,6	71,8	362,7	156,7	71,2	231,2	110,1	72,5
celkem	83,7	47,5	21,9	68,0	33,4	14,5	285,1	107,2	34,8

Poznámka: Živě narození, u kterých nebyl uveden či zjištěn rodinný stav matky, byli proporcionálně rozděleny do daných skupin.

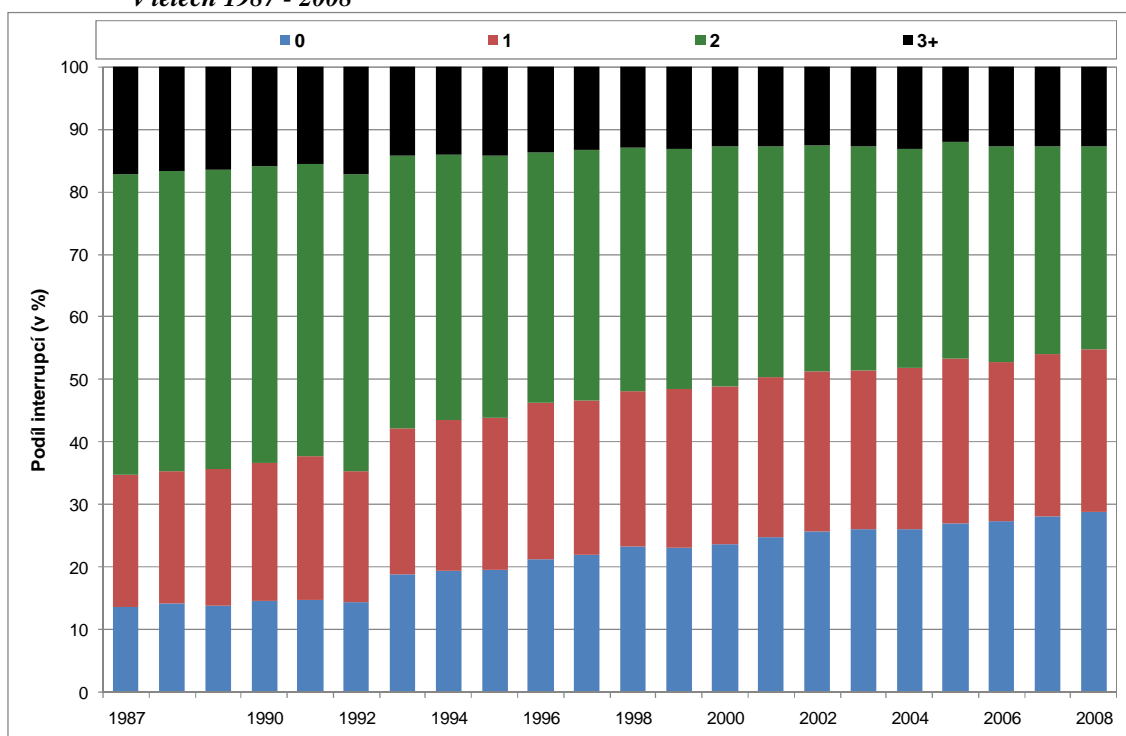
Index UPT podle počtu dětí narozených před interrupcí = počet interrupcí na 100 živě narozených dětí daného pořadí a rodinného stavu.

Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Již od začátku je raritou umělé přerušování těhotenství u bezdětných vdaných žen. Tyto ženy raději volily narození (i neplánovaného) dítěte. Nadále je tento trend znatelný, i přesto, že od roku 1987 index UPT vzrostl z 2 na 3,7 UPT na 100 živě narozených dětí v roce 2008. Jak již bylo zmíněno, vdané ženy podstupovaly interrupce častěji, poté co splnily zamýšlený počet dětí. Avšak v průběhu let index UPT podle počtu dětí narozených před interrupcí u těchto žen výrazně klesl. V roce 1987 se tento index pohyboval kolem 350 umělých přerušování těhotenství na 100 živě narozených dětí u žen, které již měly dvě děti. V další dekádě index UPT těchto žen klesl pod 200 a do roku 2008 klesl až na 60-70 umělých přerušování těhotenství na 100 živě narozených dětí. Český statistický úřad v publikaci Vývoj potratovosti v České republice tento pokles připisuje rozšířenějšímu užívání antikoncepce u žen, žijících v manželství, které již neplánují mít další děti. U nevdaných žen byl v roce 2008 zjištěn potratový index nižší než 100 UPT na 100 živě narozených dětí. Podle J. Kocourkové tato situace souvisí nejen s poklesem počtu umělých přerušování těhotenství, ale opět s přeměnou reprodukčního chování populace, kdy česká společnost lépe přijímá rodičovství nesezdaných partnerů, popřípadě mateřství svobodných matek.

V Grafu 7 je zobrazen podíl interrupcí podle počtu živě narozených dětí před zákrokem bez ohledu na rodinný stav, neboť v tomto grafu je lépe vidět celkové zastoupení bezdětných žen či žen s dětmi, které podstupovaly interrupci.

Graf 7 – Podíl umělých přerušení těhotenství podle počtu živě narozených dětí před interrupcí v letech 1987 - 2008

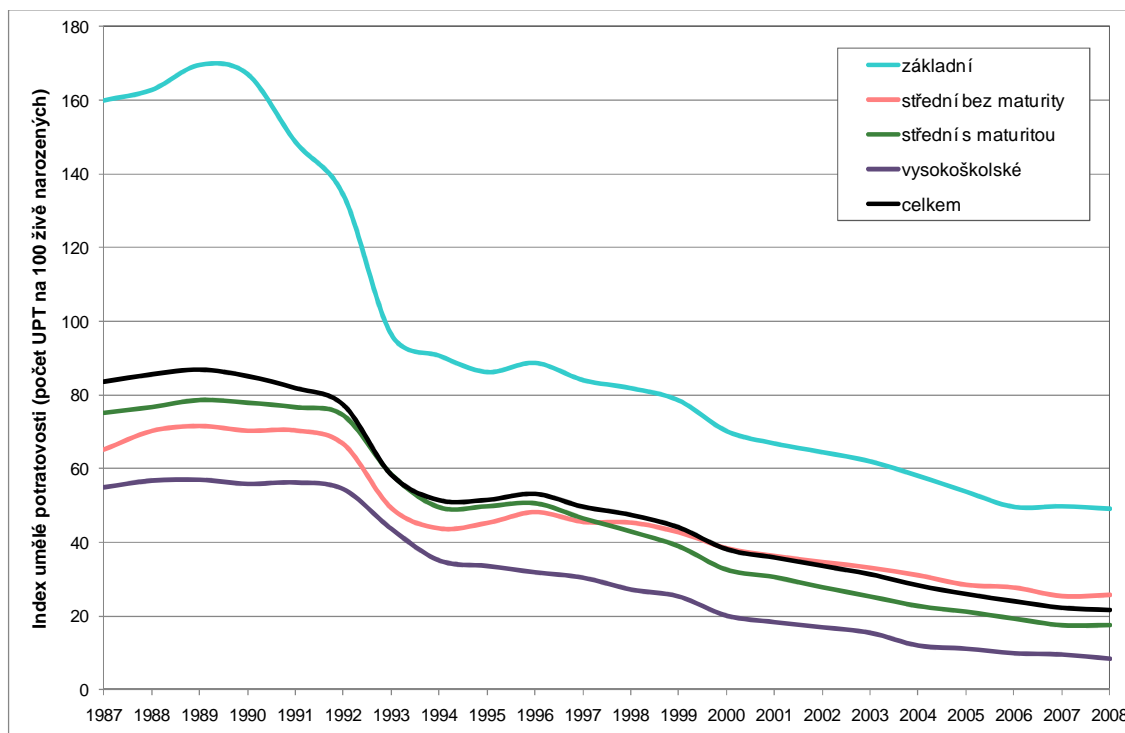


Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Téměř po celé období významně rostl podíl umělých přerušení těhotenství u bezdětných žen. Podíl u žen, které již mají jedno dítě, v čase také vzrostl. Avšak u žen, které mají dvě či více dětí, podíl UPT klesal. Z toho vyplývá, že se za více než dvacet let změnilo rozložení umělých přerušení těhotenství podle počtu narozených dětí před zákrokem. Jak již bylo řečeno u indexu, na počátku 90. let podstupovaly UPT ženy, které se touto formou bránily proti narození třetího dítěte. Dnes už rozdíl mezi bezdětnými ženami a matkami dvou dětí nejsou tak výrazné, dokonce bychom v budoucnu mohly očekávat, že se nejčastěji budou podrobovat umělému přerušení těhotenství mladé bezdětné ženy.

3.5 Trendy umělé potratovosti podle vzdělání ženy

Podobně jako u ostatních podkapitol je i zde patrný klesající trend. V tomto případě jde o snižování indexu umělé potratovosti podle nejvyššího dosaženého vzdělání ženy. V Grafu 8 lze pozorovat, že index UPT žen se základním vzděláním má poněkud větší hodnoty než indexy UPT v ostatních vzdělanostních kategoriích.

Graf 8 - Index umělé potratovosti v dané vzdělanostní kategorii v letech 1987 - 2008

Poznámka: Do roku 1991 jsou v grafu počty UPT i s mimoděložními těhotenstvími.

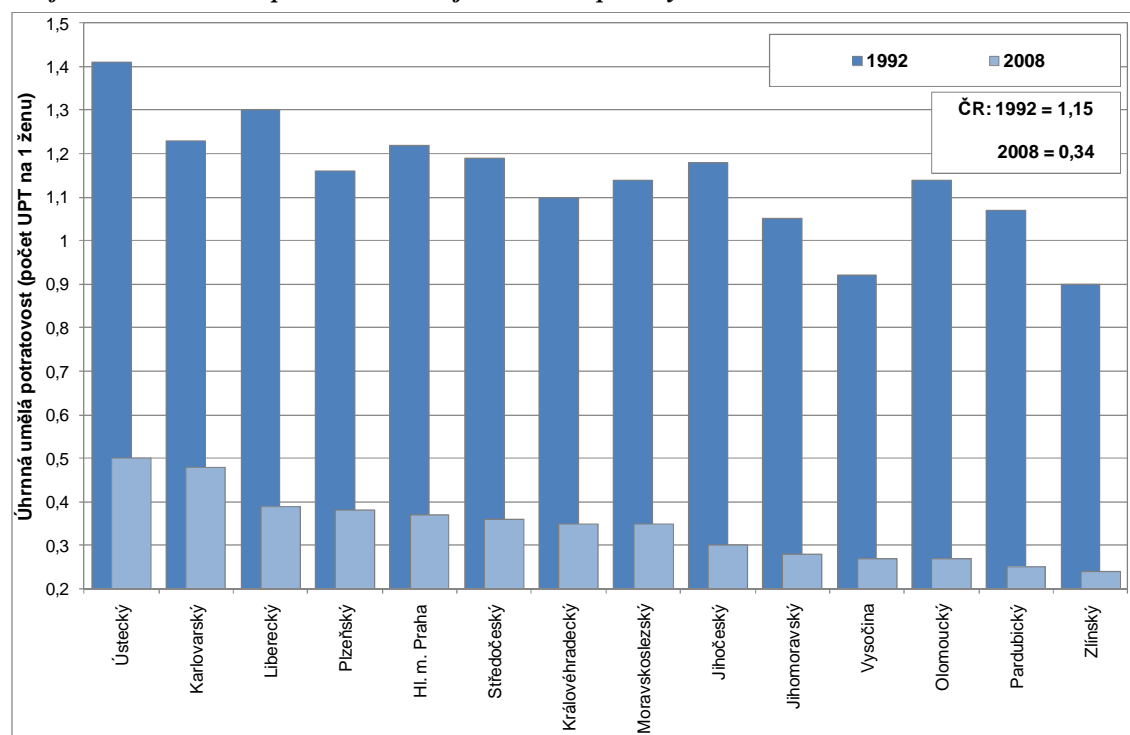
Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Ve všech vzdělanostních kategoriích je viditelný relativně plynulý pokles. Výjimku tvoří pouze UPT u žen se základním vzděláním, u nichž ještě na přelomu 80. a 90. let vzrostl počet interrupcí. Tento vzrůst byl pravděpodobně způsoben novým zákonem o umělém přerušení těhotenství. Jak již bylo dříve uvedeno, celkový počet UPT nikdy nepřesáhl počet živě narozených dětí v České republice, avšak pro ženy s nejnižším vzděláním bylo umělé přerušení těhotenství nejjednodušší cestou antikoncepce ex-post v případě, že již měly žádoucí počet dětí. Zřejmě menší ochrana před nežádoucím otěhotněním u těchto žen vedla k tomu, že počet UPT převyšoval až do roku 1992 počet živě narozených dětí. V následujícím roce byl zaveden poplatek za provedení zákroku a pro mnoho žen se tak UPT stalo méně dostupné. Současně se zavedením poplatku narůstala spotřeba moderní hormonální antikoncepce. Nejspíše díky těmto dvěma skutečnostem došlo k prudšímu klesání indexu umělé potratovosti ve všech vzdělanostních kategoriích. Opětovně byl tento pokles nejvíce zřetelný u žen se základním vzděláním. Nejvyšší index UPT měly a stále mají ženy s nejnižším dosaženým vzděláním, ačkoli v dnešní době jejich index UPT klesl zhruba na 50 UPT na 100 živě narozených dětí. Ženy se středním vzděláním s maturitou na počátku sledovaného období podstupovaly častěji interrupci než ženy se středním vzděláním bez maturity. Hodnoty jejich indexu UPT si byly velice blízké a pohybovaly se okolo 70 UPT na 100 živě narozených. Avšak na konci 90. let index UPT žen se středním vzděláním bez maturity nepatrně stagnoval, zatímco u žen se středním vzděláním s maturitou klesání indexu UPT pokračovalo. Nejnižších hodnot indexu UPT dosahovaly po celé sledované období ženy s vysokoškolským vzděláním. Tyto ženy jsou lépe informované, co se týče metod antikoncepce a také více plánují své rodičovství.

3.6 Trendy umělé potratovosti podle místa bydliště

Umělá potratovost patří mezi jevy, ve kterých se projevují znatelné regionální rozdíly. Dle Českého statistického úřadu lze konstatovat, že výskyt umělých přerušení těhotenství je častější ve velkých městech či průmyslových aglomeracích. Dále je prokázáno, že na počet UPT výrazně působí vliv tradice a veřejného mínění. Tím je myšlen především stupeň religiozity. Více nábožensky založeny jsou moravské kraje, proto jsou zde nižší hodnoty umělé potratovosti než v krajích českých. V následujících grafech (Graf 9, Graf 10) je zobrazena úhrnná umělá potratovost a průměrný věk při umělém potratu v jednotlivých krajích České republiky. Rok 1992 je vybrán proto, že za starší roky nebyl k dispozici potřebný datový soubor.

Graf 9 - Úhrnná umělá potratovost v krajích České republiky v letech 1992 a 2008

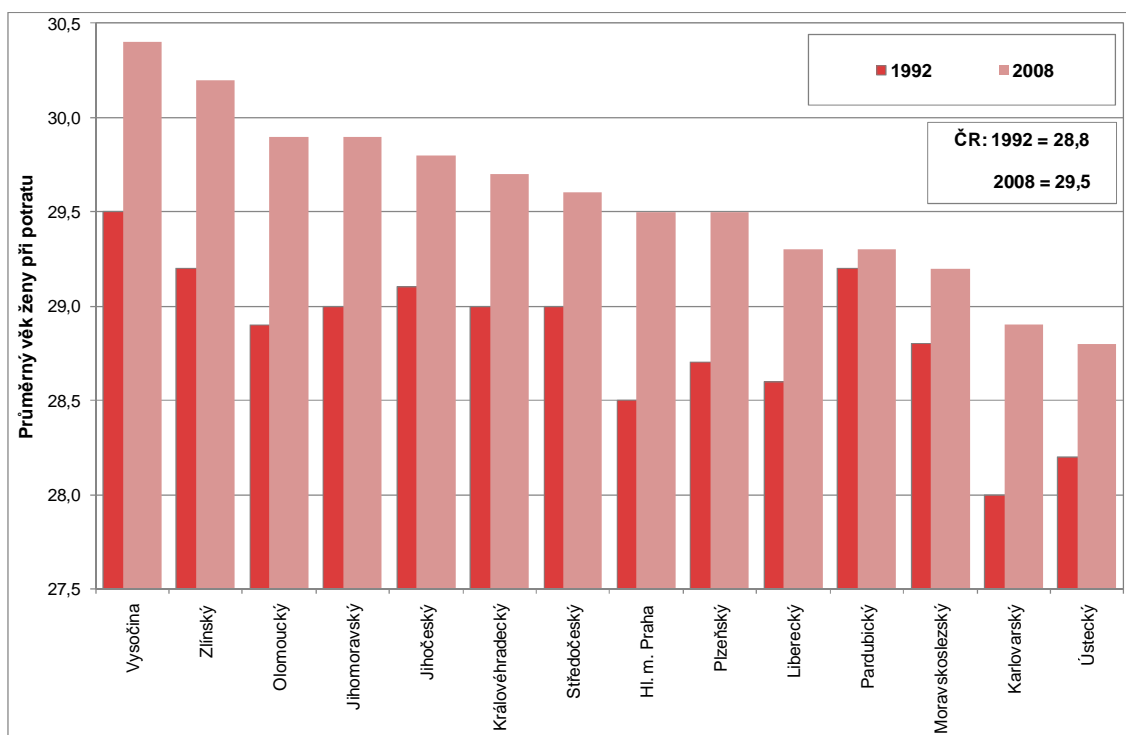


Zdroj: Český statistický úřad.

Pro začátek je třeba říci, že ve všech krajích České republiky klesla úhrnná umělá potratovost. Což velice souvisí, jak již bylo několikrát zmíněno, s rozšiřováním moderní antikoncepce. V roce 1992 byla nejvyšší úhrnná umělá potratovost v průmyslových krajích, jako je například Ústecký, kde na UPT šla každá žena téměř 1,5krát. Další možnou příčinou takto vysokých hodnot v západních a severozápadních Čechách by mohla být skutečnost, že je v této části ČR vyšší rozvodovost než v jiných krajích. Poté, když rozvedené ženy přijdou do jiného stavu, častěji volí interrupci. Kromě této příčiny by dále s vysokou úhrnnou umělou potratovostí tohoto kraje mohl souviset relativně vyšší podíl osob se základním vzděláním. Naopak nejnižší hodnota byla zaznamenána ve Zlínském kraji a na Vysočině, kde jsou vysoké podíly věřících v populaci. V roce 1992 v tomto kraji připadalo na 1 ženu méně než 1 umělé přerušování těhotenství. Další nízké hodnoty byly v moravských krajích. V roce 2008 měl i nadále nejvyšší úhrnnou umělou potratovost Ústecký kraj. Avšak ve srovnání s rokem 1992 jde o obrovský pokles, neboť v tomto roce podstupuje umělé přerušování těhotenství každá druhá žena

tohoto kraje. Nejnižší hodnota byla v roce 2008 opět ve stejném kraji, ve Zlínském. Úhrnná umělá potratovost byla v tomto kraji menší než 0,3 umělých přerušení těhotenství na 1 ženu.

Graf 10 – Průměrný věk žen při umělém přerušení těhotenství v krajích ČR v letech 1992 a 2008



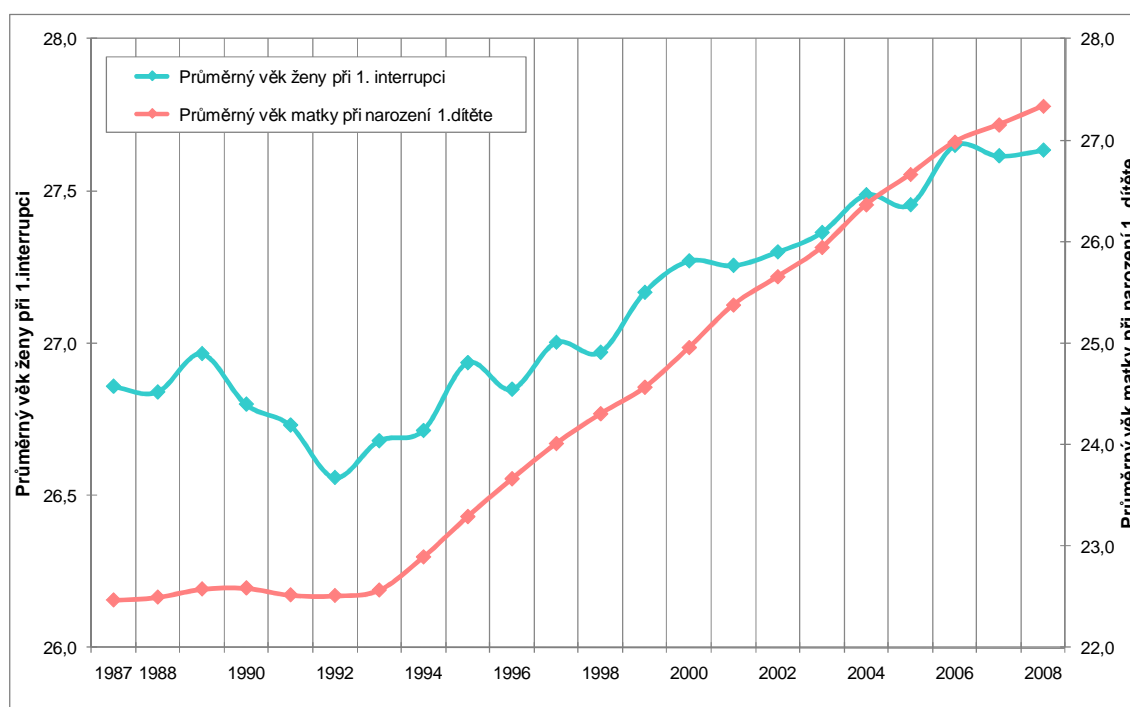
Zdroj: Český statistický úřad.

Nejvyšší průměrný věk při provedení UPT měly a i dnes mají ženy na Vysočině. Způsobeno by to mohlo být podobně jako u předchozího grafu, vysokou religiozitou. Ženy, které v tomto kraji podstupují umělé přerušení těhotenství, jsou spíše vdané ženy starší třiceti let, které již neplánují mít další děti. Kdežto v krajích jako jsou Karlovarský či Ústecký, kde je nižší zastoupení vdaných žen podstupují UPT především svobodné dívky ve věku kolem 29 let. K nejmenšímu nárůstu průměrného věku ženy při umělém přerušení těhotenství došlo v Pardubickém kraji, kde byl zaznamenán nárůst pouze o 0,1 roku.

3.7 Porovnání průměrných věků žen

V této části jsou porovnány dva průměrné věky. Zatímco je rostoucí trend průměrného věku matky při narození 1. dítěte obecně známý, průměrný věk ženy při 1. interrupci má velice nepravidelný charakter.

Graf 11 – Průměrný věk ženy při 1. interrupci a průměrný věk matky při narození 1. dítěte v letech 1987 - 2008



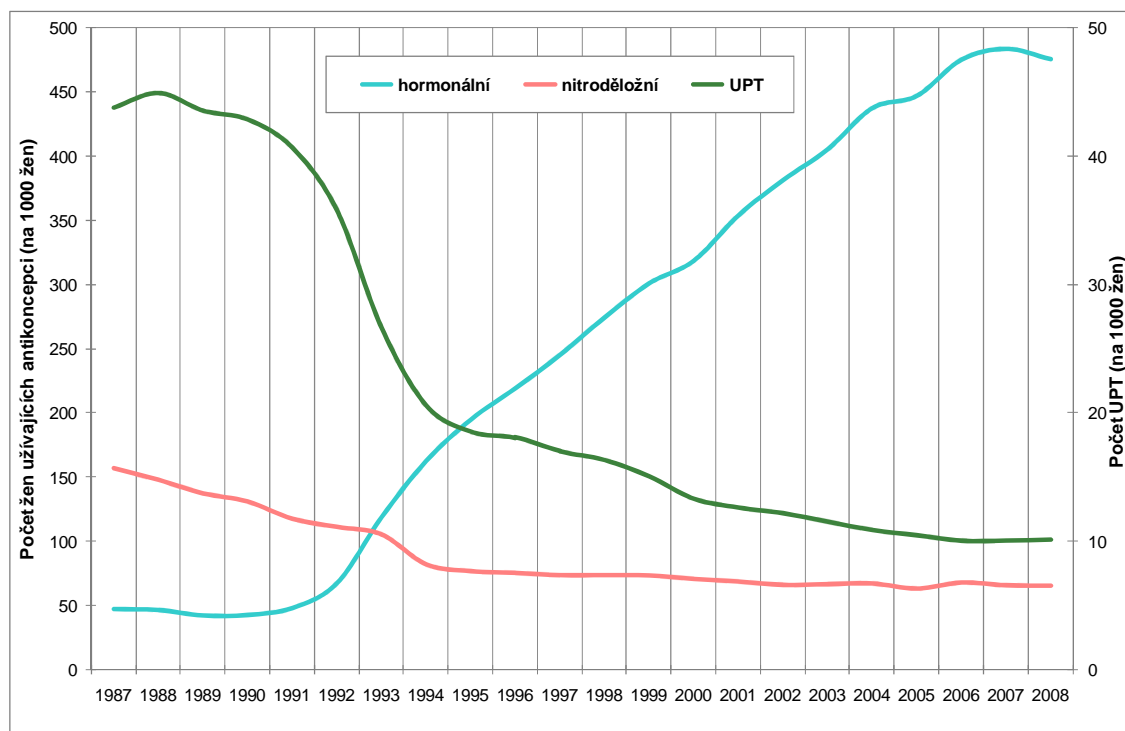
Zdroj: Český statistický úřad a vlastní výpočty.

Na počátku sledovaného období byl průměrný věk ženy při 1. umělém potratu téměř 27 let, během následujících let tento ukazatel velmi kolísal, ale ve výsledku nedošlo ve srovnání s počáteční hodnotou k příliš velké změně. Na konci sledovaného období tak byl průměrný věk ženy při 1. interrupci 27,6 let. Zatímco průměrný věk ženy při 1. potratu v průběhu let kolísal, průměrný věk matky při narození 1. dítěte má od začátku 90. let rostoucí trend, který je způsoben odsouváním rodičovství do vyššího věku. Tento trend se netýká jen České republiky, ale je patrný v celé Evropě. V roce 1987 byl průměrný věk matky při narození 1. dítěte necelých 23 let. Za sledované období průměrný věk matky při narození 1. dítěte rapidně vzrostl a téměř dosáhl hodnot průměrného věku ženy při 1. potratu. V roce 2008 je tak průměrný věk matky při narození 1. dítěte 27,3 let a v několika příštích letech by měl i nadále růst.

3.8 Vývoj užívání antikoncepce

Změny v reprodukčním chování po roce 1989 se projevily i rostoucí poptávkou po antikoncepci. Ženy směřovaly k odpovědnějšímu sexuálnímu chování vycházejícího z poznání, že je prospěšnější nechtěnému těhotenství předejít než riskovat a spoléhat se na možnost umělého přerušování těhotenství (Populační vývoj ČR 2001 – 2006, 2007, str. 43).

Graf 12 – Trendy užívání moderní antikoncepce a UPT (na 1000 žen ve fertilním věku) v letech 1987 - 2008



Zdroj: Český statistický úřad, Ústav zdravotnických informací a statistiky a vlastní výpočty.

Do konce 80. let nebyly v České republice podmínky pro šíření moderní antikoncepce, jak nitroděložní, tak především hormonální. Z tohoto důvodu nitroděložní antikoncepci užívalo jen o něco více než 150 žen na 1000 žen ve věku 15-49 let. Hormonální antikoncepci aplikovalo dokonce ještě o 100 žen méně. Tento fakt by mohl souviset s tím, že v minulosti lékaři velice neochotně předepisovali hormonální antikoncepci. Nitroděložní antikoncepce spočívá v zavedení nitroděložního tělíska a do roku 1993 to byla nejčastěji používaná metoda moderní antikoncepce. Tato metoda je doporučována především ženám, které již svou plodnost považují za ukončenou. Od již zmíněného roku 1993 užívání nitroděložní antikoncepce ustupuje. Podle J. Kocourkové tento pokles souvisí s nově nastupující generací žen, které začaly mateřství odkládat do vyššího věku. Tyto ženy postupně mnohem častěji začaly užívat lékařem předepsanou antikoncepci, která je základem pro účinnější plánování rodiny. Touto cestou se hormonální antikoncepce stala převažující moderní metodou zabránění nechtěnému početí. Na konci 80. let ženy hojně využívaly možnost UPT, neboť byl zákrok snadno dostupný. V tomto období připadalo téměř 45 umělých přerušení těhotenství na 1000 žen ve fertilním věku. Počátkem 90. let došlo k obrovskému poklesu počtu prováděných zákroků. Dnes již připadá pouze 10 umělých přerušení těhotenství na 1000 žen ve věku 15-49 let. Naopak více než 540 žen na 1000 žen ve fertilním věku užívá řízenou antikoncepci. Konkrétně hormonální antikoncepci v současnosti používá téměř každá druhá žena.

Kapitola 4

Mezinárodní srovnání

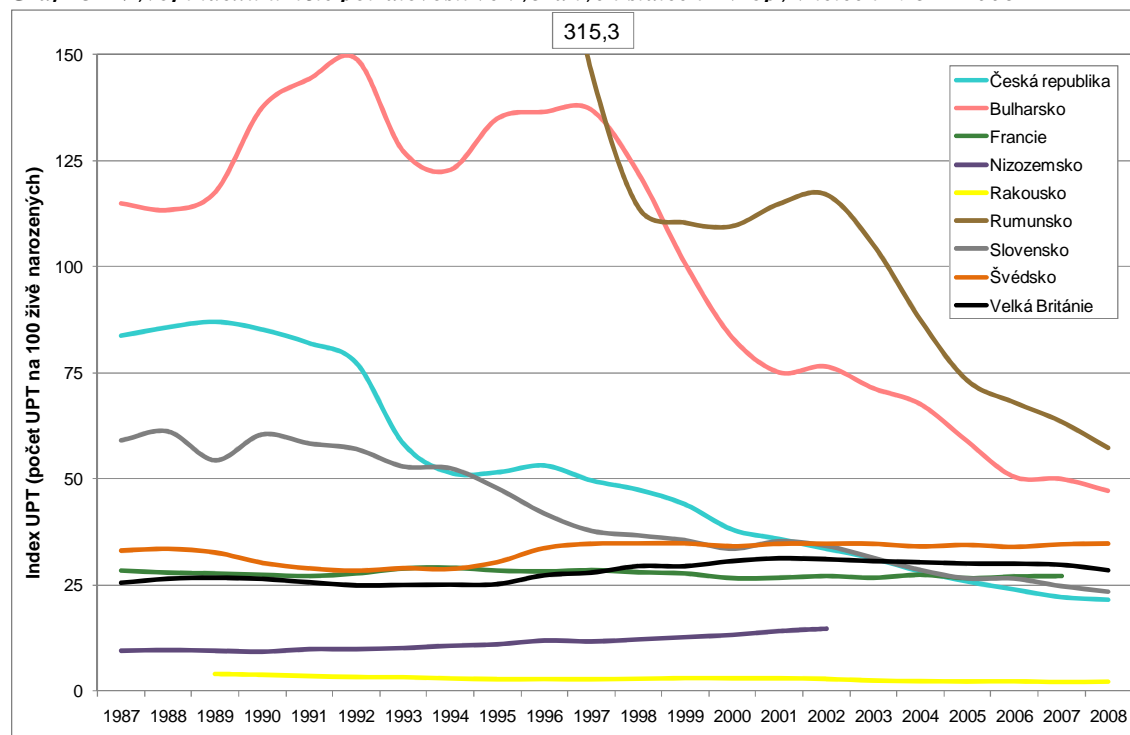
Mezinárodní srovnání potratovosti je velice problematické, tím více, jedná-li se o srovnání potratovosti umělé. Problém tkví především v odlišné legislativě jednotlivých států. Český statistický úřad vydal v roce 2004 publikaci s názvem Vývoj potratovosti v České republice, kde je uvedeno, že zákroky, které jsou v České republice evidovány jako “miniinterrupce”, jsou v zahraničí považovány za regulace menstruace. Ty se provádí ambulantně a nezjišťuje se při nich, zda je žena těhotná či ne. Z toho důvodu většina zemí tento zákrok neeviduje jako přerušení těhotenství. Proto by se k mezinárodnímu srovnání umělé potratovosti mělo přistupovat jen velice opatrně.

Téměř ve všech evropských státech jsou v dnešní době interrupce povoleny. Pro znázornění současné situace je v příloze uvedena tabulka, jež obsahuje okolnosti, za jakých je v jednotlivých státech Evropy možné provést umělé přerušení těhotenství. Tabulka by mohla působit poněkud zastarale, neboť údaje v ní pocházejí z roku 2002. Avšak od této doby k žádné výrazné změně v legislativě evropských států nedošlo. Pouze ve dvou státech Evropy, Vatikánu a Maltě, jsou interrupce zcela zakázány. V těchto státech hraje obrovskou roli náboženství, což patrně nejvíce ovlivňuje postoj k interrupcím. O trochu liberálnější přístup k interrupcím mají například Irsko či Monako, kde je zákrok povolen jen v případě záchrany života ženy. Irsko ve svých statistikách uvádí u počtu legálních potratů nulu. Zatímco v Polsku, kde jsou interrupce povoleny v případě záchrany života ženy, ochrany fyzického a duševního zdraví, znásilnění či incestu a poškození plodu, jsou ve statistikách uváděny alespoň velmi malé počty interrupcí. Podobně nízká čísla vykazuje i Rakousko, kde je interrupce možné provádět za všech okolností. Jak je vidět v Grafu 13, v tomto směru poskytuje rakouská statistika velmi podhodnocená data. Některé země dokonce statistiku potratovosti vůbec nesledují, neboť se domnívají, že jde o soukromou záležitost ženy, o níž nemá nikdo právo dožadovat se informací. Tato situace se týká Švédska či Belgie. Na druhé straně, Česká republika spolu s Maďarskem, Slovenskem a Rumunskem mají z evropských zemí nejuplněnější statistiky týkající se potratovosti.

Podle R. Uzla odráží počet interrupcí v každé zemi kulturní vyspělost obyvatelstva, zejména pak rozšíření užívání spolehlivých antikoncepčních metod. Jak lze vidět v Grafu 13, v minulosti byly značné rozdíly intenzity interrupcí v jednotlivých státech Evropy. Dnešní postkomunistické země vykazovaly obrovskou intenzitu umělé potratovosti ve srovnání se západní a severní

Evropou. V dnešní době již rozdíl mezi těmito regiony Evropy není tak zřejmý. Před sametovou revolucí se Česká republika řadila z hlediska umělé potratovosti k východoevropským zemím. Avšak po roce 1989 začalo díky společenským změnám docházet k přeměně reprodukčního chování. Během téměř dvaceti let došlo k obrovskému poklesu intenzity umělé potratovosti a Česká republika se tak přiblížila hodnotám sledovaným v západní a severní Evropě. K tomuto vývoji došlo bez legislativních změn, což podle J. Kocourkové potvrzuje důležitost účinné prevence nechtěných těhotenství rozvojem moderní antikoncepce.

Graf 13 - Vývoj indexu umělé potratovosti ve vybraných státech Evropy v letech 1987 - 2008



Zdroj: Český statistický úřad, Institut National d'Études Démographiques, Institutul National De Statistica, National Statistical Institute, Österreichischen Statistischen Zentralamt, Statistics Netherlands, Statistics Sweden, Štatistický úrad Slovenskej republiky, UK National Statistics a vlastní výpočty.

Některé země, které byly ochotné poskytnout data, nemají k dispozici počty interrupcí pro celé sledované období. Vývoj indexu umělé potratovosti lze u Nizozemska sledovat pouze do roku 2002 a u Rakouska od roku 1989. V případě Rumunska je to ještě o rok déle, neboť v této zemi byly v průběhu let interrupce několikrát povoleny a zakázány. Po svržení diktátora N. Ceaucesca v roce 1989 bylo o rok později umělé přerušení těhotenství znovu legalizováno (Vývoj potratovosti v České republice, 2004, str. 7). Takřka po celé osmnáctileté období hodnota indexu umělé potratovosti klesala. Výjimkou byl jen závěr 20. a počátek 21. století, kdy došlo nejprve ke stagnaci a poté k nárůstu indexu UPT. Ze zmiňovaného klesajícího trendu je patrné, že maxima dosáhl index umělé potratovosti již v roce 1990, kdy připadalo 315 interrupcí na 100 živě narozených dětí. Další postkomunistická země, Bulharsko, měla kolísavý vývoj indexu UPT. Nejvyšší hodnoty tento index dosáhl na počátku 90. let, kdy byl počet interrupcí téměř dvojnásobný než počet narozených dětí. Z těchto vybraných zemí měla v roce 1987 Česká republika třetí nejvyšší index UPT, kdy příslušelo bezmála 85 umělých přerušení těhotenství na 100 živě narozených dětí. Postupem času se spolu se Slovenskem

Česká republika čím dál více přibližovala hodnotám Francie, Velké Británie či Švédska a dnes má již nižší hodnoty indexu UPT než zmiňované země. V roce 2008 se tak index UPT pohyboval kolem 30 umělých přerušení těhotenství na 100 živě narozených dětí. V Grafu 13 má po celé období nejnižší hodnoty Rakousko. Avšak jak již bylo zmíněno dříve, Rakousko má velmi podhodnocené statistiky týkající se potratovosti. Proto skutečně nejnižších hodnot dosahuje index umělé potratovosti Nizozemska. Tato skutečnost je paradoxem, neboť v Nizozemsku je přístup k interrupcím zcela liberální a žena si může o umělé přerušení těhotenství zažádat prakticky kdykoliv. Český statistický úřad takto nízký index umělé potratovosti nejvíce připisuje všeobecnému rozšíření kvalitní hormonální antikoncepce.

Kapitola 5

Postoje české veřejnosti k umělému přerušení těhotenství

Na téma umělého přerušení těhotenství se dlouhodobě vedou diskuze v řadě sdělovacích prostředků. Toto téma může do určité míry ovlivňovat popularitu politiků i volební výsledky a v některých zemích je motorem prezidentských kampaní. Umělé přerušení těhotenství tak přestoupilo svou ryze medicínskou stránku a vstoupil do oblasti morální, sociální, filozofické, náboženské a pochopitelně také právní. (Uzel, 2000, s. 10)

Z tohoto důvodu byla do práce zahrnuta i část v podobě dotazníku zaměřeného na postoje veřejnosti k umělému přerušení těhotenství a s tím související okolnosti. Na toto téma lze nalézt v různých tištěných publikacích či na internetu spoustu profesionálně zpracovaných dotazníků. Avšak záměrem této práce bylo, vytvořit vlastní dotazník³ a prezentovat jeho výsledky.

5.1 Cíle výzkumu

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, jaký názor na otázky týkající se umělého přerušení těhotenství má vybraný vzorek populace. Dalším cílem bylo potvrdit či vyvrátit tyto hypotézy:

H1: Rozdíly v odpovědích mezi muži a ženami nejsou signifikantní.

H2: Odpovědi respondentů se neliší z hlediska místa bydliště.

H3: Názory na umělé přerušení těhotenství se neliší dle rodinného stavu.

H4: Z hlediska náboženského vyznání není rozdíl v názorech na UPT.

H5: Respondenti bez maturity odpovídají velice podobně jako respondenti s maturitou.

³ Originál dotazníku je uveden v příloze.

5.2 Sběr dat a metodika

Sběr dat proběhl na přelomu ledna a února roku 2010. Šetření lze označit za pilotní, neboť nebyla striktně dodržena pravidla sběru dat při výběrových šetřeních. Výzkumu se zúčastnilo téměř 200 respondentů z různých koutů České republiky. Bohužel ne všichni splňovali zadaná kritéria (příliš nízký či vysoký věk, neúplnost některých dotazníků), tudíž v průzkumu figuruje pouze 160 respondentů. Dolní věková hranice byla stanovena na 15 let a horní věkovou hranicí byl určen věk 59 let. Dotazník byl zpracován formou otázek, na které bylo možné odpovědět: určitě souhlasím (1), spíše souhlasím (2), nevím (3), spíše nesouhlasím (4), určitě nesouhlasím (5). Dále byly do průzkumu zařazeny i otevřené otázky, které zůstaly velmi často nevyplněny (otázky 4, 10 a doplňující odpovědi k otázkám 2 a 6).

V následujících dvou tabulkách (Tab. 4, Tab. 5) jsou uvedeny základní charakteristiky respondentů, podle nichž byly následně vyhodnoceny jednotlivé otázky.

Tab. 4 - Charakteristika respondentů

Počet respondentů	Průměrný věk respondentů	Pohlaví		Rodinný stav			
		muž	žena	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á	ovdovělý/á
160	34,7	63	97	70	80	10	0
Vyznání		Bydliště		Vzdělání			
věřící	nevěřící	město	venkov	základní	střední bez maturity	střední s maturitou	vysokoškolské
16	144	116	43	7	18	65	70

Poznámka: Ze 160 respondentů není nikdo ovdovělý. Z toho důvodu tento rodinný stav není uveden v žádném grafu či tabulce.

Tab. 5 - Charakteristika respondentů podle pohlaví a věkových skupin

Pohlaví	Věková skupina									
	15-24		25-34		35-44		45-54		55 +	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
muž	13	37,1	25	47,2	14	38,9	6	25,0	5	41,7
žena	22	62,9	28	52,8	22	61,1	18	75,0	7	58,3
celkem	35	100	53	100	36	100	24	100	12	100

Jak je zřejmé z Tab. 4, vyznání je rozděleno pouze na věřící a nevěřící, neboť všichni věřící respondenti jsou křesťané. Bydliště je v dotazníku rozděleno na město a venkov. Městem je myšlena obec se statusem města. Venkov značí všechny ostatní obce, které nemají status města. V případě vzdělání je situace o trochu komplikovanější, neboť pro další statistické metody nebyly použity všechny čtyři vzdělanostní kategorie. Z těchto kategorií vznikly dvě nové kategorie. V první kategorii jsou lidé bez maturity (vzdělání základní + střední bez maturity) a do druhé patří lidé s maturitou (vzdělání střední s maturitou + vysokoškolské).

K ověření již zmiňovaných hypotéz byl použit program SPSS a v něm:

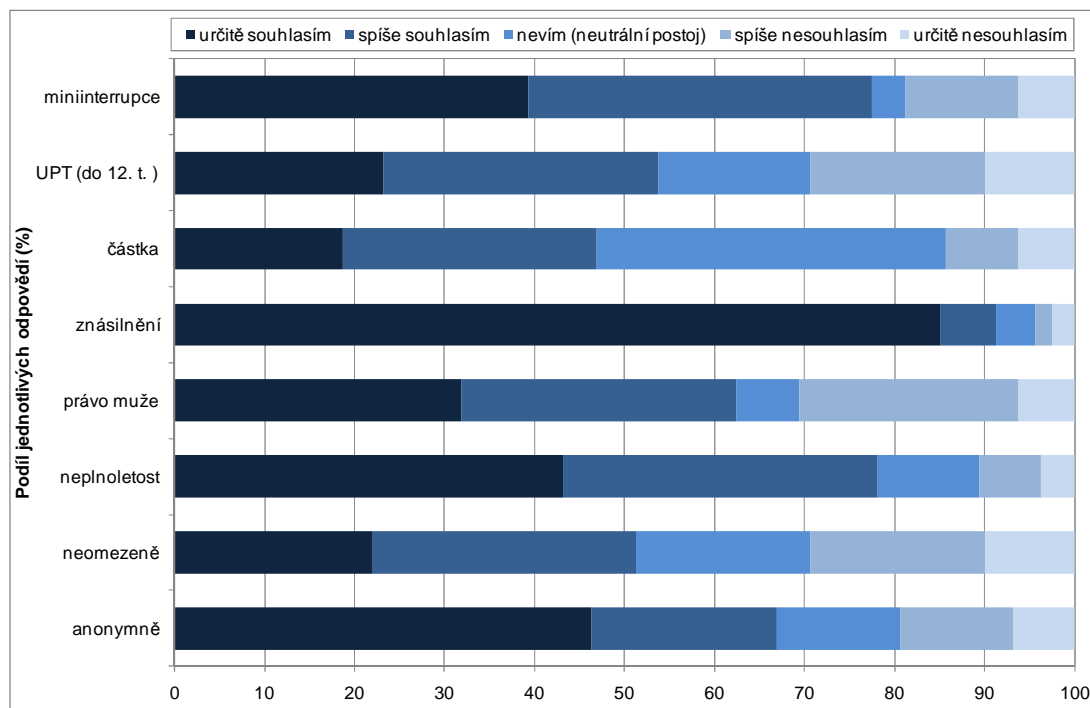
- ANOVA test
- Logistická regrese
- Kontingenční tabulky

5.3 Analýza postojů

V této části jsou prezentovány výsledky, které byly zjištěny na základě zmíněných statistických metod. Tabulkou či graficky jsou zobrazeny názory dotazovaných osob na otázky týkající se umělého přerušení těhotenství dle různých kritérií (např. bydliště, náboženství,...). Dle těchto kritérií jsou vytvořeny následující podkapitoly.

Graf 14 zobrazuje podíl jednotlivých odpovědí (určitě souhlasím, spíše souhlasím, nevím, spíše nesouhlasím a určitě nesouhlasím) 160 respondentů bez ohledu na pohlaví, věk či vyznání.

Graf 14 – Názor respondentů na jednotlivé otázky dotazníku



Poznámky: Každý popis osy y značí 1 otázku.

Miniinterrupce - Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů,

UPT (do 12. t.) - Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů,

Částka - Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 – 2.300 Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená,

Znásilnění - Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním,

Právo muže - Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství,

Neplnoletost - Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce,

Neomezeně - Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce,

Anonymně - UPT má být prováděno anonymně.

Téměř 80 % respondentů určitě či spíše souhlasí s prováděním miniinterrupcí a jen 18 % dotazovaných je neschvaluje. Ve srovnání s UPT do 12. týdne těhotenství je u první otázky převážně pozitivní postoj. Naopak u druhé otázky je pouze polovina respondentů pro UPT do 12. týdne těhotenství. Větší podíl než u miniinterrupcí zaznamenala i odpověď „nevím“, kdy si respondenti nebyli jisti svým postojem na umělé přerušení těhotenství po uplynutí 7. - 8. týdne těhotenství. Nejpravděpodobnější důvod je ten, že už jde o závažnější rozhodnutí, neboť plod se začíná podobat dítěti. Pro zbylých téměř 30 % je UPT do 12. týdne těhotenství nepřijatelné. Respondenti s tímto postojem se z velké části shodli na tom, že jde o vraždu a v otevřené doplňující otázce své rozhodnutí zdůvodnili tím, že dítě je již v tomto týdnu těhotenství částečně vyvinuté.

Co se týče otázky číslo 3, částky za provedení zákrok, respondenti z téměř 40 % souhlasili s uvedenou částkou. Stejný podíl osob odpovědělo „nevím“ a to především proto, že o umělém přerušení těhotenství nemají žádné informace, popřípadě nemají s UPT zkušenosti. Jen 15 % dotazovaných s uvedenou částkou nesouhlasilo. Pro tento případ byla v dotazníku otevřená otázka číslo 4 (Jakou jinou částkou bych miniinterrupci/UPT zpoplatnil/a), na kterou mohli dotazovaní odpovědět jakkoliv. Respondenty, kteří s částkou nesouhlasí, by bylo možné rozdělit do dvou skupin. V první by byly osoby, které s uvedenou částkou nesouhlasí, neboť mají pocit, že je příliš vysoká. Někteří z nich by si přáli, aby částka byla maximálně 500 – 1 000 Kč za provedení UPT. Jiní uvedli, že by zákrok měla hradit pojišťovna. Druhá skupina je složena z osob, pro které je tato částka příliš nízká. Respondenti v této kategorii by souhlasili s částkou od 10 000 Kč do 200 000 Kč. Takto vysoké částky navrhovali především lidé, kteří jsou věřící a interrupce neschvalují.

K následující otázce, zda za zákrok musí platit ženy, které otěhotněly znásilněním, má drtivá většina respondentů podobný postoj. Z více než 91 % dotazovaní určitě či spíše souhlasí s tím, že UPT by pro ženy, které otěhotněly znásilněním, mělo být zdarma. Ostatní odpovědi jsou téměř zanedbatelné. Lidé, kteří odpověděli negativně, svoje rozhodnutí opodstatňují tím, že prokázání znásilnění je dosti problematické a mohlo by tak docházet k podvodům ze strany žen, aby se vyhnuly platbě za zákrok.

Jiná situace je u otázky, zda má muž právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství. Podíl odpovědí „určitě souhlasím“ a „spíše souhlasím“ je velice podobný a dohromady tak s tímto výrokem souhlasilo více než 60 % respondentů. Většina těchto dotazovaných svou odpověď v otevřené doplňující otázce zdůvodnila tím, že k početí musí být dva, proto by o případném ukončení těhotenství měli rozhodovat také dva. Ti, kteří odpověděli nesouhlasně, tvoří něco málo přes 30 %. Někteří z nich v doplňující otázce uvedli, že muž nemá právo do této situace mluvit, neboť jen žena nese zátěž těhotenství a porod. Jiní se přiklání k tomu, že muž může svůj názor vyjádřit, ale konečné rozhodnutí je na ženě.

Další tvrzení (Při umělém přerušení těhotenství ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce) je zakořeněno v legislativě, proto není překvapením, že s ním souhlasí téměř 80 % respondentů. Podíl odpovědi „nevím“ a nesouhlasných odpovědí je velice podobný (přibližně 11 %).

S tvrzením, že žena má právo jít na umělé přerušení těhotenství kolikrát sama chce, souhlasí polovina dotazovaných. Takto vysoké zastoupení kladné odpovědi by se mohlo zdát překvapující, proto bylo osloveno několik lékařů, kteří se nezávisle na sobě shodli na tom, že z lékařského hlediska by měla žena za život podstoupit maximálně 3 miniinterrupce a pokud možno umělých přerušení těhotenství po 7. – 8. týdnu těhotenství ještě méně.

U poslední otázky, zda má být umělé přerušení těhotenství prováděno anonymně, je viditelně znatelné, že většina respondentů by si přála naprosto anonymní provádění umělých přerušení těhotenství (téměř 67 %), to znamená bez jakéhokoli udání jména, data narození či bydliště. Pouhých 20 % osob se domnívá, že by se interrupce měly evidovat.

5.3.1 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska pohlaví

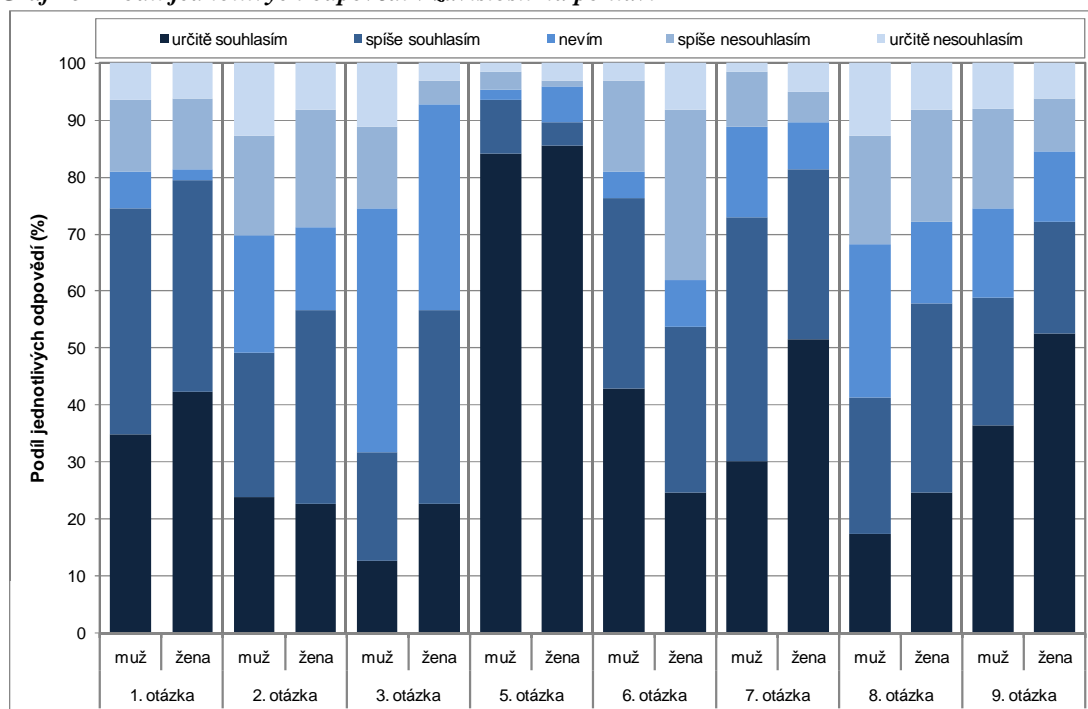
Podle Gender Studies, o.p.s., jenž je nevládní neziskovou organizací, se všeobecně názory dle pohlaví různí. Zpravidla jsou ženy citlivější a než sdělí svůj názor, přemýšlí o něm a hledají různá zdůvodnění. Navíc tyto otázky se přímo týkají více žen než mužů, proto lze očekávat poměrně rozdílné názory dle pohlaví. Z tohoto důvodu byla stanovena hypotéza H1, aby se ukázalo, jaká je situace ve zkoumaném vzorku populace.

H1: Rozdíly v odpovědích mezi muži a ženami nejsou signifikantní.

Tab. 6 – Signifikance v závislosti na pohlaví

Jednotlivé otázky v dotazníku	Sig.
1. Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů.	0,520
2. Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.	0,567
3. Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 – 2.300 Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená.	0,000
5. Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním.	0,806
6. Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství.	0,002
7. Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce.	0,121
8. Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce.	0,124
9. UPT má být prováděno anonymně.	0,051

U otázek číslo 1, 2, 5, 7, 8 a 9 se díky ANOVA testu ukázalo, že rozdíly v odpovědích mezi muži a ženami nejsou na 5% hladině statisticky významné (nejsou signifikantní). Což znamená, že odpovědi na tyto otázky se dle pohlaví neliší, z tohoto důvodu se u těchto otázek přijímá nulová hypotéza, kterou v tomto případě reprezentuje výrok H1 o tom, že v postojích nejsou rozdíly mezi muži a ženami. Naopak u otázky, zda je aktuální částka za provedení zákroku přiměřená, a také u otázky, zda má muž právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství, jsou rozdíly statisticky významné. Z tohoto důvodu se zde nulová hypotéza zamítá (tj. výrok H1) a přijímá se alternativa o tom, že postoje na tyto otázky se liší podle pohlaví. Následující graf (Graf 15) vyjadřuje podíl odpovědí na otázky podle pohlaví.

Graf 15 - Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na pohlaví

Poznámky: 1. otázka - Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů,
 2. otázka - Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů,
 3. otázka - Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 – 2.300 Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená,
 5. otázka - Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním,
 6. otázka - Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství,
 7. otázka - Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce,
 8. otázka - Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce,
 9. otázka - UPT má být prováděno anonymně.

Ženy všeobecně více souhlasí s umělým přerušením těhotenství, ať se jedná o miniinterrupci či o přerušení těhotenství v pozdějším stádiu těhotenství. Způsobeno je to nejspíše tím, že ženy jsou ty, které by musely nést „břemeno“ těhotenství. Výsledek 6. otázky, zda má muž právo podílet se na rozhodování o UPT, je velice zajímavý. Více než 76 % mužů se domnívá, že má nárok se podílet na tomto rozhodování. Avšak jen necelých 54 % žen má na situaci stejný názor. Na zbylé otázky ženy i nadále odpovídaly pozitivněji než muži.

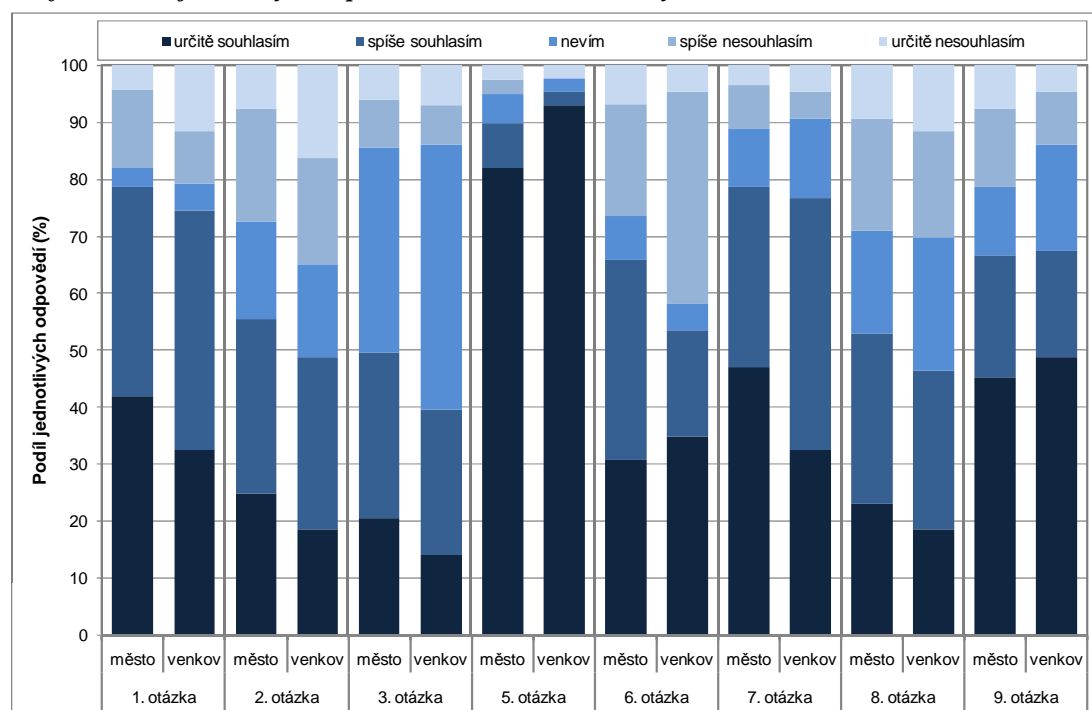
5.3.2 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska místa bydliště

Již nějakou dobu je vžitě, že se městské obyvatelstvo od venkovského liší. Například městské obyvatelstvo má k některým otázkám liberálnější přístup než lidé z venkova. Častokrát je mezi těmito skupinami viditelné napětí. Následující hypotéza ukáže, zda i v tomto případě jsou venkované konzervativnější než lidé z města.

*H2: Odpovědi respondentů se neliší z hlediska místa bydliště.***Tab. 7 – Signifikance v závislosti na místě bydliště**

Jednotlivé otázky v dotazníku	Sig.
1. Souhlasím s prováděním miniinterruptcí z jiných než zdravotních důvodů.	0,275
2. Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.	0,212
3. Aktuální částka za provedení miniinterruptce/UPT (1.650 – 2.300Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená.	0,379
5. Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním.	0,195
6. Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství.	0,367
7. Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce.	0,413
8. Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce.	0,534
9. UPT má být prováděno anonymně.	0,529

Všechny hodnoty signifikance v tabulce jsou větší než 0,05. Tato skutečnost znamená, že na 5% hladině významnosti nejsou rozdíly mezi odpověďmi osob z města a osob z venkova statisticky významné. Tím pádem mohu potvrdit hypotézu, že odpovědi respondentů se neliší z hlediska místa bydliště. V následujícím grafu (Graf 16) je vidět procentuální rozložení jednotlivých odpovědí dle místa bydliště.

Graf 16 - Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na místě bydliště

Poznámky: 1. otázka - Souhlasím s prováděním miniinterruptcí z jiných než zdravotních důvodů,
 2. otázka - Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů,
 3. otázka - Aktuální částka za provedení miniinterruptce/UPT (1.650 – 2.300Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená,
 5. otázka - Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním,
 6. otázka - Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství,
 7. otázka - Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce,
 8. otázka - Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce,
 9. otázka - UPT má být prováděno anonymně.

U prvních třech otázek je zřejmé, že respondenti bydlící ve městě jsou z hlediska umělých přerušení těhotenství liberálnější. První otázka ještě není tak znatelná, ale u druhé otázky je rozdíl viditelnější. Zatímco téměř 56 % osob z města souhlasí s prováděním UPT do 12. týdne

těhotenství, obyvatelé venkova se stejným postojem netvoří ani polovinu. Naopak u otázky číslo 5, zda za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním, je podíl kladných odpovědí venkovanů (určitě souhlasím = 93 %, spíše souhlasím = 2,3 %) mnohem vyšší než respondentů z města (určitě souhlasím = 82 %, spíše souhlasím = 7,7 %). Další, poměrně významné rozdíly jsou u šesté otázky (Muž má právo podílet se na rozhodnutí o UPT.), kdy se více než 65 % městského obyvatelstva domnívá, že muž má právo zasahovat do rozhodování o umělém přerušení těhotenství. Lidé z venkova u této otázky souhlasí „jen“ z 54 %. U těchto respondentů je tím pádem častější negativní odpověď a to téměř ze 42 %.

5.3.3 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska rodinného stavu

Jak již bylo zmíněno v kapitole 3, s novým reprodukčním chováním v populaci ubývá vdaných žen a naopak přibývá žen svobodných. U svobodných žen, které odkládají sňatek do vyššího věku, by se dalo očekávat, že jsou méně konzervativní než ženy vdané. Těchto žen je v populaci čím dál více a proto je oprávněné se domnívat, že svobodné ženy více souhlasí s prováděním umělých přerušení těhotenství.

H3: Postoj k umělému přerušení těhotenství se neliší dle rodinného stavu.

Tab. 8 – Signifikance v závislosti na rodinném stavu

Jednotlivé otázky v dotazníku	Sig.
1. Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů.	0,652
2. Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.	0,486
3. Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 – 2.300 Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená.	0,804
5. Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním.	0,097
6. Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství.	0,699
7. Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce.	0,002
8. Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce.	0,904
9. UPT má být prováděno anonymně.	0,503

Rozdíly v odpovědích respondentů dle kategorií rodinného stavu nejsou signifikantní ve všech otázkách kromě otázky č. 7. U této otázky je hodnota signifikance 0,002 a proto je nutné stanovenou (nulovou) hypotézu zamítnout. Z toho vyplývá, že pouze u této otázky se liší odpovědi respondentů z hlediska rodinného stavu. Proto je přiložena další tabulka, ve které jsou zobrazeny signifikance pro zjištění rozdílů mezi průměry jednotlivých dvojic skupin (kategorií rodinného stavu).

Tab. 9 – Signifikance uvnitř skupin v otázce č. 7 v závislosti na rodinném stavu

Při UPT ženy, která není plnoletá se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce.		Sig.
svobodný/á	ženatý/vdaná	0,001
	rozvedený/á	0,374
ženatý/vdaná	svobodný/á	0,001
	rozvedený/á	0,903
rozvedený/á	svobodný/á	0,374
	ženatý/vdaná	0,903

K mnohonásobnému porovnání byl použit ANOVA test a v něm Tukey test, který určil signifikance mezi jednotlivými skupinami. Dle Tukeyho testu byl stanoven pouze jeden statisticky významný rozdíl v odpovědích mezi rodinnými stavy (0,001). To znamená, že statisticky významné rozdíly jsou jen mezi odpověďmi svobodných a ženatých/vdaných. Tímto je potvrzena úvodní domněnka. Rozdíly mezi těmito skupinami by se daly poměrně jednoduše odůvodnit. Respondenti, kteří jsou v manželském svazku, již mají děti a byli by rádi informováni o případném umělém přerušení těhotenství svého potomka. Naopak svobodní, jak bude dále zmíněno, použili ze všech rodinných stavů nejčastěji odpověď „nevím“. To by mohlo souviset především s tím, že svobodní lidé, figurující v této analýze, ještě nemají děti a tak si tuto situaci neumí reálně představit.

Pro porovnání jednotlivých otázek a odpovědí dle rodinného stavu je zde uvedeno několik tabulek, neboť grafické vyjádření by v tomto případě bylo jen velice obtížné.

Tab. 10 - Postoj k otázkám č. 1 a 2 v závislosti na rodinném stavu (v %)

Škála odpovědí	Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů			Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů		
	Rodinný stav					
	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á
určitě souhlasím	42,9	37,5	30,0	30,0	16,3	30,0
spíše souhlasím	32,9	42,5	40,0	25,7	36,3	20,0
nevím	2,9	5,0	0,0	20,0	15,0	10,0
spíše nesouhlasím	14,3	10,0	20,0	14,3	23,8	20,0
určitě nesouhlasím	7,1	5,0	10,0	10,0	8,8	20,0
celkem	100	100	100	100	100	100

Z hlediska rodinného stavu je u první otázky ve všech skupinách podobné zastoupení jednotlivých odpovědí. Avšak největší podíl svobodných osob odpověděl, že určitě souhlasí s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů. U ženatých/vdaných a rozvedených je největší zastoupení v kategorii spíše souhlasím (kolem 41 %). Nejvíce negativních odpovědí bylo v první otázce zaznamenáno u rozvedených, kteří s miniinterrupcí nesouhlasí z 30 %. Druhá otázka má podobné zastoupení. Nejvíce pozitivní postoj k UPT do 12. týdne těhotenství mají opět svobodní. Ze všech svobodných s tímto tvrzením souhlasí více než 55 % a nesouhlasí 24 %. Poměrně silné zastoupení má u této otázky odpověď „nevím“. Svobodní tuto odpověď použili z 20 %, ženatí/vdané z 15 % a rozvedení jen z 10 %. Nejvíce negativní postoj k UPT do 12. týdne těhotenství mají rozvedení (40 %).

Tab. 11 - Postoj k otázce č. 3 v závislosti na rodinném stavu (v %)

Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT je přiměřená	Rodinný stav		
	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á
určitě souhlasím	18,6	20,0	10,0
spíše souhlasím	27,1	25,0	60,0
nevím	41,4	38,8	20,0
spíše nesouhlasím	10,0	7,5	0,0
určitě nesouhlasím	2,9	8,8	10,0
celkem	100	100	100

Poznámka: Aktuální částka za provedení miniinterrupce je přibližně

1 650 – 2 300 Kč, za provedení UPT do 12. týdne těhotenství 2 500 Kč a více.

S aktuální částkou za provedení umělého přerušení těhotenství nejvíce souhlasí rozvedení (70 %). U svobodných a ženatých/vdaných nedosahují souhlasné odpovědi ani poloviny. U těchto rodinných stavů je nejvyšší procento ve skupině „nevím“.

Tab. 12 - Postoj k otázce č. 5 v závislosti na rodinném stavu (v %)

Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním	Rodinný stav		
	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á
určitě souhlasím	75,7	92,5	90,0
spíše souhlasím	11,4	2,5	0,0
nevím	7,1	2,5	0,0
spíše nesouhlasím	2,9	1,3	0,0
určitě nesouhlasím	2,9	1,3	10,0
celkem	100	100	100

Ženatí/vdaní a rozvedení se v drtivé většině domnívají, že ženy, které otěhotněly znásilněním, nemusí za zákrok platit. Svobodní s tímto tvrzením souhlasí o něco méně. Avšak tento rodinný stav má z více než 7 % neutrální názor.

Tab. 13 - Postoj k otázce č. 6 v závislosti na rodinném stavu (v %)

Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství	Rodinný stav		
	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á
určitě souhlasím	35,7	28,8	30,0
spíše souhlasím	27,1	32,5	40,0
nevím	7,1	7,5	0,0
spíše nesouhlasím	28,6	21,3	20,0
určitě nesouhlasím	1,4	10,0	10,0
celkem	100	100	100

S tvrzením, že muž má právo podílet se na rozhodnutí o UPT, souhlasí nejvíce rozvedení, avšak jen o několik procent méně s ním souhlasí i ostatní rodinné stavy. Největší nesouhlas projevila skupina ženatých/vdaných. Tato skutečnost může být překvapující, neboť by se dalo očekávat, že lidé v manželském svazku budou více upřednostňovat konzultaci nad touto situací s partnerem než lidé svobodní či rozvedení.

Tab. 14 - Postoj k otázce č. 7 v závislosti na rodinném stavu (v %)

Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem z. z.	Rodinný stav		
	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á
určitě souhlasím	27,1	53,8	70,0
spíše souhlasím	41,4	32,5	10,0
nevím	14,3	10,0	0,0
spíše nesouhlasím	11,4	2,5	10,0
určitě nesouhlasím	5,7	1,3	10,0
celkem	100	100	100

Největší podíl pozitivních odpovědí je u ženatých/vdaných a činí téměř 87 %, rozvedení s tímto tvrzením souhlasí z 80 %. Svobodní s tímto tvrzením souhlasí jen z téměř 70 %. Odůvodnění byla zmíněna již u Tab. 9.

Tab. 15 - Postoj k otázce č. 8 v závislosti na rodinném stavu (v %)

Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce	Rodinný stav		
	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á
určitě souhlasím	17,1	26,3	20,0
spíše souhlasím	38,6	21,3	30,0
nevím	12,9	25,0	20,0
spíše nesouhlasím	21,4	18,8	10,0
určitě nesouhlasím	10,0	8,8	20,0
celkem	100	100	100

U této otázky mají všechny rodinné stavy velice podobné postoje. Respondenti všech rodinných stavů přibližně z poloviny souhlasí s tvrzením, že žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce. Za opačnou odpověď, to znamená, že žena nemá právo jít na interrupci, kolikrát sama chce, si stojí kolem třetiny respondentů z každého rodinného stavů.

Tab. 16 - Postoj k otázce č. 9 v závislosti na rodinném stavu (v %)

UPT má být prováděno anonymně	Rodinný stav		
	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á
určitě souhlasím	42,9	48,8	50,0
spíše souhlasím	25,7	18,8	0,0
nevím	14,3	12,5	20,0
spíše nesouhlasím	14,3	12,5	0,0
určitě nesouhlasím	2,9	7,5	30,0
celkem	100	100	100

U této poslední otázky mají velice podobné procentuální zastoupení svobodní a respondenti v manželském svazku. Odpovědi, které souhlasí s tvrzením, že UPT má být prováděno anonymně, tvoří kolem 68 % respondentů. Polovina rozvedených respondentů s uvedeným tvrzením souhlasí a třetina těchto dotazovaných určitě nesouhlasí.

5.3.4 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska vyznání

V tomto případě jsou rozdíly mezi věřícími a nevěřícími téměř jisté. Zpravidla by se dali věřící zařadit do skupiny „pro-life“, neboť většinou nesouhlasí s prováděním interrupcí. Někteří jsou ochotni je povolit jen výjimečně, a to pouze, když je ohrožen život ženy.

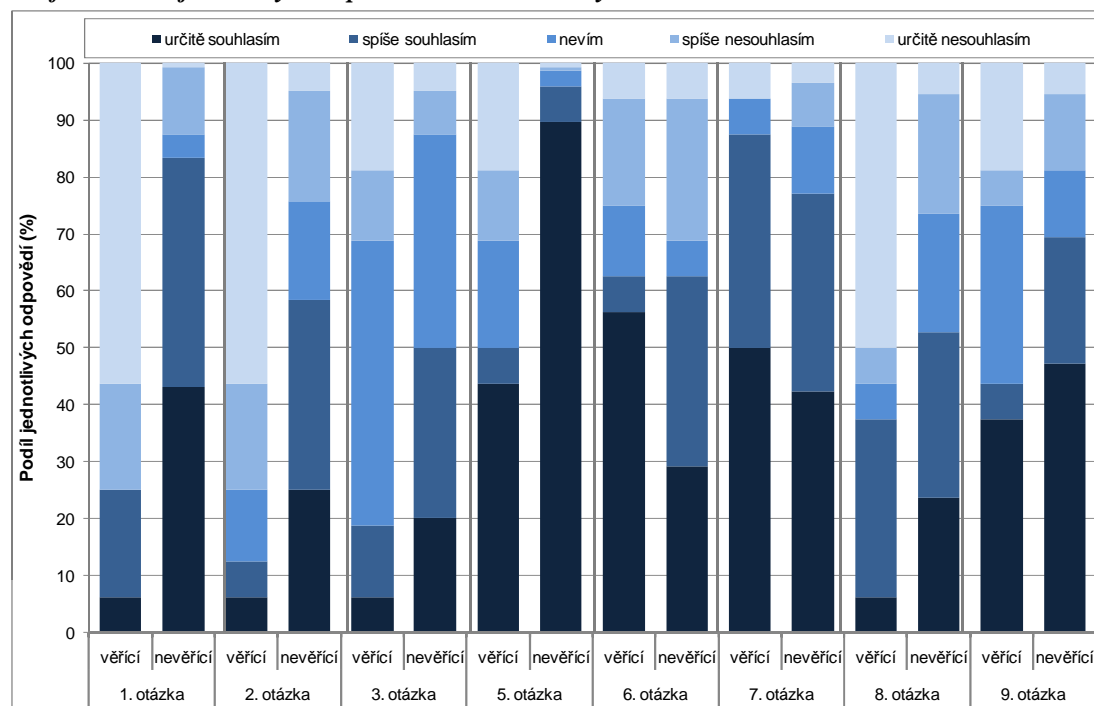
H4: Z hlediska náboženského vyznání není rozdíl v názorech na UPT.

Tab. 17 - Signifikance v závislosti na vyznání

Jednotlivé otázky v dotazníku	Sig.
1. Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů.	0,000
2. Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.	0,000
3. Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 – 2.300Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená.	0,006
5. Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním.	0,000
6. Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství.	0,341
7. Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce.	0,479
8. Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce.	0,001
9. UPT má být prováděno anonymně.	0,112

Větší hodnoty, než je stanovená 5% hladina významnosti, jsou pouze u otázky, zda má muž právo podílet se na rozhodnutí o UPT, v neposlední řadě u otázky, zda při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce, a také u otázky, zda má být UPT být prováděno anonymně.). U těchto tří otázek tedy hypotézu H4 nelze zamítnout a platí tak, že v odpovědích na tyto otázky nejsou podle vyznání statisticky významné rozdíly. U ostatních otázek rozdíly jsou, a to značně viditelné. Hypotézu H4 tedy zamítám u otázek 1, 2, 3, 5 a 8, což znamená, že u těchto postojových otázek hraje náboženské vyznání důležitou roli.

Graf 17 - Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na vyznání



Poznámky: 1. otázka - Souhlasím s prováděním miniinterruptce z jiných než zdravotních důvodů,
 2. otázka - Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů,
 3. otázka - Aktuální částka za provedení miniinterruptce/UPT (1.650 – 2.300Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená,
 5. otázka - Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním,
 6. otázka - Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství,
 7. otázka - Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce,
 8. otázka - Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce,
 9. otázka - UPT má být prováděno anonymně.

U prvních dvou otázek je obrovský rozdíl mezi odpověďmi věřících a nevěřících. Všichni věřící, kteří v šetření figurují, jsou křesťané a zpravidla nesouhlasí s umělým přerušením těhotenství. Jen 25 % věřících souhlasí s prováděním miniinterruptce a pouze necelých 13 % souhlasí s UPT v pozdějším stádiu těhotenství. Nevěřící s miniinterruptcí souhlasili z 83 % a s UPT provedeným po 7. – 8. týdnu těhotenství z 58 %. Na otázku číslo 3 mají z poloviny věřící neutrální názor, nejspíše z toho důvodu, že umělé potraty neuznávají, a proto se o tuto problematiku nezajímají. Další velký rozdíl je u otázky týkající se znásilnění. Zatímco nevěřící v naprosté většině souhlasí s uvedeným tvrzením, věřící souhlasí jen z 50 %. U otázky číslo 6, zda má muž právo podílet se na rozhodnutí o UPT, převyšuje u věřících podíl odpovědi „určitě souhlasím“ než ve skupině nevěřících. Způsobeno je to zřejmě tím, že věřící uznávají tradiční model rodiny, kdy by se do rozhodování měli zapojit oba rodiče.

5.3.5 Postoj k umělému přerušení těhotenství z hlediska vzdělání

V kapitole 3 je věnován jeden oddíl vývoji umělé potratovosti podle vzdělání ženy. V této části se projevilo, že ženy se základním vzděláním podstupují umělé přerušení těhotenství mnohem častěji než ženy s jiným než základním vzděláním. Z tohoto faktu by se dalo usuzovat, že respondenti s nižším vzděláním budou souhlasit s interrupcemi více než lidé s vyšším vzděláním.

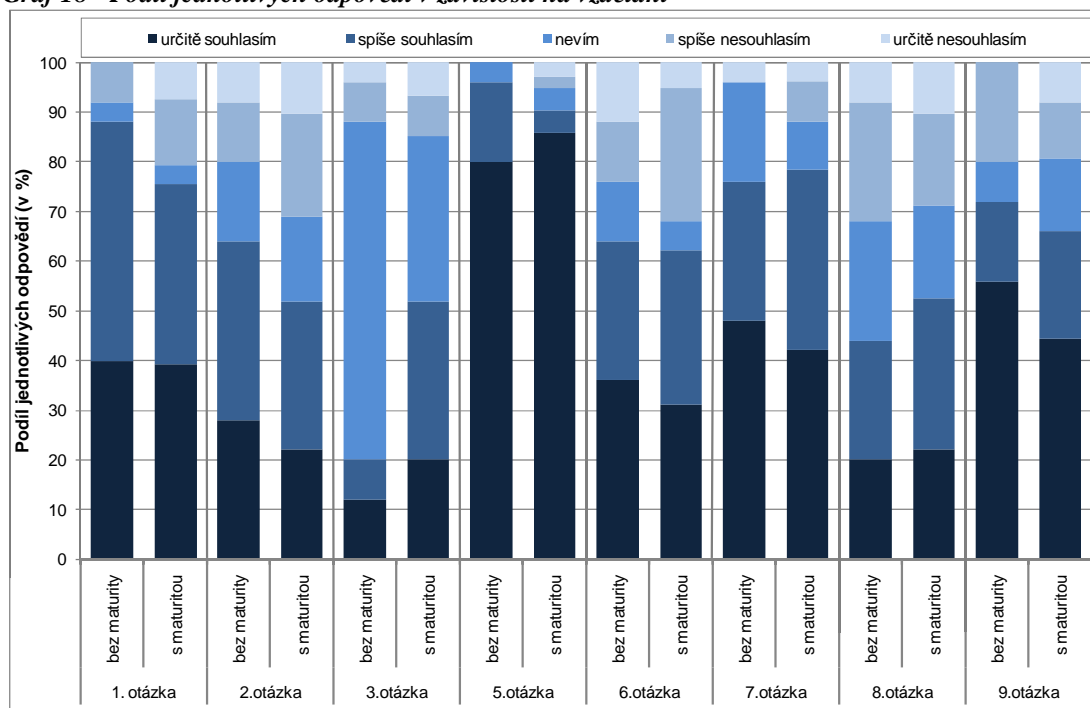
H5: Respondenti bez maturity odpovídají velice podobně jako respondenti s maturitou.

Tab. 18 - Signifikance v závislosti na vzdělání

Jednotlivé otázky v dotazníku	Sig.
1. Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů.	0,212
2. Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.	0,269
3. Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 – 2.300 Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená.	0,145
5. Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním.	0,672
6. Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství.	0,790
7. Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce.	0,646
8. Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce.	0,682
9. UPT má být prováděno anonymně.	0,381

Z Tab. 17 je zřejmé, že původní domněnky nebyly oprávněné, neboť u všech otázek hodnota signifikance překročila stanovenou 5% hladinu významnosti. Z toho důvodu nemůže být hypotéza H5 zamítnuta, což znamená, že mezi odpověďmi respondentů bez maturity a respondentů s maturitou nejsou statisticky významné rozdíly. Jednotlivé procentuální rozdělení odpovědí je v následujícím grafu (Graf 18).

Graf 18 - Podíl jednotlivých odpovědí v závislosti na vzdělání



Poznámky: 1. otázka - Souhlasím s prováděním miniinterruptcí z jiných než zdravotních důvodů,
 2. otázka - Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů,
 3. otázka - Aktuální částka za provedení miniinterruptce/UPT (1.650 – 2.300Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená,
 5. otázka - Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním,
 6. otázka - Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství,
 7. otázka - Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce,
 8. otázka - Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce,
 9. otázka - UPT má být prováděno anonymně.

5.3.6 Vícenásobná analýza postojů metodou logistické regrese

Cílem této části je zjistit, které vlastnosti jsou charakteristické pro respondenty, kteří figurují v tomto výzkumu. Ve všech analýzách této části jsou užity stejné kategorizované nezávislé proměnné (pohlaví, bydliště, vyznání, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a věková kategorie). Referenční kategorií je téměř u všech otázek poslední kategorie nezávisle proměnné, výjimku tvoří pouze proměnná rodinný stav a věk. Referenční kategorie je ta, od které jsou ostatní kategorie větší či menší. Logistický regresní model má obecně tuto rovnici:

$$\text{logit}(Y) = \alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_{K-1} X_{K-1}$$

α – konstanta
 β – logistický regresní koeficient
 X – nezávisle proměnná

Pro potřeby binární logistické regrese je nutno upravit závisle proměnnou. Aby byla závisle proměnná dichotomická, je zapotřebí z pěti možných odpovědí (určitě souhlasím, spíše souhlasím, nevím, spíše nesouhlasím, určitě nesouhlasím) udělat novou proměnnou, která je rozdělena pouze na „souhlasím“ (určitě souhlasím + spíše souhlasím) a „nesouhlasím“ (spíše nesouhlasím + určitě nesouhlasím). Odpovědi „nevím“ nejsou v této analýze použity, proto se počet dotazovaných figurujících v této části liší od celkového počtu respondentů (160).

Nejprve je pozornost věnována otázce č. 1, zda respondenti souhlasí či nesouhlasí s prováděním miniinterruptcí z jiných než zdravotních důvodů. Závislá proměnná (Y) je rozdělena na „nesouhlasí“ = 1 a „souhlasí“ = 0 a u všech otázek bude toto kódování stejné.

Pracovně je tato proměnná nazvána *kat_min*. Této analýzy se účastnilo 154 respondentů. Rovnice uvažovaného modelu je:

$$\begin{aligned} \text{logit} (kat_min) = & -2,391 + 0,684 * (\text{muž}) - 0,786 * (\text{svobodný/á}) + 0,056 * (\text{rozvedený/á}) + \\ & + 3,146 * (\text{věřící}) - 0,196 * (\text{město}) + 2,245 * (15-24) + 0,387 * (35-44) + \\ & + 0,878 * (45-54) - 0,603 * (55+) - 1,260 * (\text{bez maturity}) \end{aligned}$$

Aby bylo možné zjistit, zda model dobře odpovídá datům, je použito několik statistik. V tomto případě je užita statistika -2LL (-2 log likelihood). Hodnota této statistiky pro model je 151,880, pro model obsahující proměnné je tato hodnota 113,461. Čím jsou zjištěny vyšší hodnoty, tím se hůře určuje predikce závislé proměnné. Po odečtení těchto dvou hodnot vznikne χ^2 modelu, které je 38,419. Této hodnotě odpovídá dosažená významnost 0,000, proto je zamítnuta hypotéza (hladina významnosti = 0,05), že se koeficienty rovnají nule. Z toho lze usoudit, že informace o nezávislých proměnných umožňuje lepší predikci závislé proměnné, než by byla možná bez této informace (Řeháková, 2000, s. 479).

Tab. 19 – Waldova statistika pro závisle proměnnou (Respondenti souhlasí/nesouhlasí s prováděním miniinterrupce z jiných než zdravotních důvodů)

Nezávisle proměnné		B	S.E.	Wald	Sig.	Exp (B)
pohlaví	muž	0,684	0,528	1,680	0,195	1,982
	žena (RK)					
rodinný stav	svobodný/á	-0,786	0,819	0,920	0,337	0,456
	ženatý/vdaná (RK)					
	rozvedený/á	0,056	1,052	0,003	0,958	1,057
vyznání	věřící	3,146	0,730	18,592	0,000	23,241
	nevěřící (RK)					
bydliště	město	-0,196	0,566	0,120	0,729	0,822
	venkov (RK)					
věková kategorie	15-24	2,245	0,839	7,150	0,007	9,437
	25-34 (RK)					
	35-44	0,387	0,828	0,219	0,640	1,473
	45-54	0,878	0,871	1,016	0,313	2,407
	55 +	-0,603	1,348	0,200	0,655	0,547
vzdělání	bez maturity	-1,260	0,866	2,115	0,146	0,284
	s maturitou (RK)					
konstanta		-2,391	0,773	9,568	0,002	0,092

Poznámka: **RK** = referenční kategorie.

Na základě Waldova testu je zjištěn významný vliv proměnné vyznání, na to zda respondent souhlasí či nesouhlasí s prováděním miniinterrupcí. Dle této statistiky je u věřících více než 23 krát větší šance, že odpoví nesouhlasně než u nevěřících. Další proměnná, u níž je signifikance menší než 0,05, je věková kategorie 15-24 let. Z těchto hodnot lze usuzovat, že respondenti ve věku 15-24 let mají více než 9 krát vyšší šanci nesouhlasit s prováděním miniinterrupcí než osoby ve věku 25-34 let. Ostatní proměnné jsou na 5% hladině významnosti nevýznamné.

Otázka č. 2 se táže, zda respondenti souhlasí či nesouhlasí s prováděním umělých přerušování těhotenství (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů. Na analýze této otázky se podílí 133 respondentů. I zde je aplikována statistika -2LL. Po odečtení hodnoty modelu a modelu s proměnnými zůstane 25,643. Dosažená významnost je 0,004, proto i u otázky č. 2 je zamítnuta hypotéza, že $\beta_k = 0$.

Tab. 20 – Waldova statistika pro závisle proměnnou (Respondenti souhlasí/nesouhlasí s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů)

Nezávisle proměnné		B	S.E.	Wald	Sig.	Exp (B)
pohlaví	muž	0,481	0,429	1,253	0,263	1,617
	žena (RK)					
rodinný stav	svobodný/á	-1,065	0,611	3,041	0,081	0,345
	ženatý/vdaná (RK)					
	rozvedený/á	0,084	0,895	0,009	0,925	1,088
vyznání	věřící	2,805	0,831	11,404	0,001	16,523
	nevěřící (RK)					
bydliště	město	-0,330	0,471	0,492	0,483	0,719
	venkov (RK)					
věková kategorie	15-24	0,802	0,671	1,430	0,232	2,231
	25-34 (RK)					
	35-44	0,313	0,599	0,273	0,601	1,368
	45-54	0,264	0,663	0,158	0,691	1,302
	55 +	-1,147	0,994	1,331	0,249	0,318
vzdělání	bez maturity	-0,551	0,599	0,848	0,357	0,576
	s maturitou (RK)					
konstanta		-0,553	0,532	1,078	0,299	0,575

Poznámka: **RK** = referenční kategorie.

I u otázky číslo 2, souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů, je signifikance významná u vyznání (sig. = 0,001). V tomto případě mají věřící více než 16 krát vyšší šanci odpovědět, že s umělým přerušením těhotenství nesouhlasí než nevěřící. Další nezávisle proměnné již mají dle Waldova testu hodnoty statisticky nevýznamné.

Po roztřídění závisle proměnné na „souhlasím“ a „nesouhlasím“ zůstane pro analýzu otázky č. 3 (Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT je přiměřená.), vhodných jen 98 respondentů. Poměrně velký počet respondentů (62) odpověděl na tuto otázku „nevím“. Z důvodu této selekce nelze na výsledky otázky č. 3 pohlížet příliš reprezentativně.

Tab. 21 – Waldova statistika pro závisle proměnnou (Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 Kč – 2.300 Kč/ 2.500 Kč a více) je/není přiměřená)

Nezávisle proměnné		B	S.E.	Wald	Sig.	Exp (B)
pohlaví	muž	2,478	0,720	11,829	0,001	11,916
	žena (RK)					
rodinný stav	svobodný/á	-0,413	0,863	0,229	0,633	0,662
	ženatý/vdaná (RK)					
	rozvedený/á	-2,974	1,809	2,702	0,100	0,051
vyznání	věřící	3,980	1,389	8,215	0,004	53,511
	nevěřící (RK)					
bydliště	město	0,554	0,782	0,501	0,479	1,740
	venkov (RK)					
věková kategorie	15-24	1,069	0,966	1,223	0,269	2,912
	25-34 (RK)					
	35-44	1,536	0,935	2,700	0,100	4,645
	45-54	1,079	0,998	1,170	0,279	2,942
	55 +	-0,559	1,593	0,123	0,726	0,572
vzdělání	bez maturity	1,778	0,974	3,331	0,068	5,920
	s maturitou (RK)					
konstanta		-3,894	1,230	10,024	0,002	0,020

Poznámka: **RK** = referenční kategorie.

Opět na základě Waldovy statistiky lze vidět, že pouze dvě nezávislé proměnné mají statisticky významné hodnoty. Nejprve je to pohlaví s hodnotou signifikance 0,001. Za předpokladu, že hodnoty ostatních nezávislých proměnných se nezmění, mají muži téměř 12 krát větší šanci odpovědět, že nesouhlasí s uvedenou částkou, než ženy. Druhou proměnnou je opět vyznání, jejíž signifikance je 0,004. Z hodnoty Exp (B) plyne, že věřící mají více než 53 krát vyšší šanci s aktuální částkou za provedení zákrok nesouhlasit než nevěřící. U zbývajících proměnných je hodnota signifikance na 5% hladině nevýznamná, avšak hodnota proměnné vzdělání bez maturity (0,068) je kritické hodnotě blízká (Hebák, 2005, str. 47).

Analýzy otázky č. 5, zda za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním, se účastnilo 153 osob (Y; nesouhlasí s bezplatným prováděním UPT = 1, souhlasí s bezplatným prováděním UPT = 0). Výsledky této otázky jsou specifické. V tomto případě mají regresní koeficienty velkou absolutní hodnotu, tedy i velkou standardní chybu a Waldova statistika tak dosahuje malých hodnot (Řeháková, 2000, s. 480). Z toho důvodu nemůže být nulová hypotéza zamítnuta, i když by zamítnuta být měla. Proto je test významnosti založen na změně v hodnotě -2LL. Hodnota samotného modelu je 56,858 a hodnota modelu s proměnnými je 27,907. Jejich rozdíl se rovná hodnotě 28,952 a dosažená významnost je 0,001. To znamená, že je nutno zamítnout nulovou hypotézu a model je tak adekvátní. Ačkoliv se zdá, že je model dostačující, může být v některých případech jeho diskriminační síla slabá. Z toho důvodu je přiložena Tab. 22, ve které je zobrazena úspěšnost klasifikace.

Tab. 22 – Klasifikační tabulka otázky č. 5 (Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním)

Naměřené		Očekávané		%
		0	1	
Y	0	3	4	42,9
	1	1	145	99,3
				96,7

Z klasifikační tabulky je patrné, že do kategorie závislé proměnné (Y) s kódem nula bylo správně zařazeno 42,9 % případů, do kategorie s kódem jedna více než 99 % případů. Celkově bylo správně zařazeno $(3+145)/153 = 96,7$ % případů, což ukazuje na velice dobrou diskriminační sílu modelu.

Na analýze otázky č. 6, zda má muž právo podílet se na rozhodnutí o UPT se podílelo 149 respondentů. Metodou -2LL bylo shledáno, že model není adekvátní. To znamená, že hodnoty nezávislé proměnné neumožňují lepší predikci závislé proměnné, než by byla bez nich. Na 5% hladině významnosti nelze nulovou hypotézu zamítnout ($p\text{-value} = 0,056$). Pro ověření, že je rozhodnuto správně, se lze podívat na hodnotu R^2 Nagelkerka. V tomto případě je hodnota 0,158. Z toho lze vyvodit, že model vysvětluje jen 15,8 % „variability“ v závislé proměnné.

Po provedení analýzy u otázky č. 7 (Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce) bylo na 142 respondentech zjištěno, že nastala podobná situace, jako u otázky týkající se znásilnění. Waldova statistika se opět pohybovala v obrovských číslech. Avšak u otázky č. 5 se alespoň díky statistice -2LL prokázalo, že model adekvátní je. V tomto případě odpovídá dosažená významnost hodnotě 0,091. To znamená, že nulovou hypotézu nelze zamítnout a prokazuje se tím skutečnost, že model není odpovídající.

Předposlední otázka, zda žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce, se v této části zkoumá na 129 dotazovaných. Zbýlých 31 respondentů mělo neutrální postoj. Ani u této otázky není model přijatelný, neboť dosažená významnost ve statistice -2LL je 0,471 a nulovou hypotézu tak nelze zamítnout. Waldova statistika neadekvátnost modelu jen potvrzuje, neboť žádná nezávisle proměnná není signifikantní. V tomto případě je hodnota R^2 Nagelkerka pouze 0,099. Model tak vysvětluje jen 9,9 % „variability v závislé proměnné“.

Poslední otázka je zaměřena na to, zda má být UPT prováděno zcela anonymně a této analýzy se účastnilo 138 respondentů. Závislou proměnnou Y je v tomto případě, že respondenti nesouhlasí s anonymním prováděním UPT = 1, respondenti souhlasí s anonymním prováděním UPT = 0).

Tab. 23 – Waldova statistika pro závisle proměnnou (Respondenti souhlasí/nesouhlasí s anonymním prováděním UPT)

Nezávisle proměnné		B	S.E.	Wald	Sig.	Exp (B)
pohlaví	muž	1,079	0,471	5,243	0,022	2,941
	žena (RK)					
rodinný stav	svobodný/á	-1,093	0,630	3,008	0,083	0,335
	ženatý/vdaná (RK)					
	rozvedený/á	0,696	0,896	0,603	0,438	2,005
vyznání	věřící	0,788	0,731	1,161	0,281	2,198
	nevěřící (RK)					
bydliště	město	0,811	0,576	1,980	0,159	2,249
	venkov (RK)					
věková kategorie	15-24	-0,050	0,681	0,005	0,942	0,951
	25-34 (RK)					
	35-44	-0,817	0,679	1,450	0,229	0,442
	45-54	-0,447	0,719	0,386	0,534	0,640
	55 +	-1,888	1,188	2,526	0,112	0,151
vzdělání	bez maturity	0,113	0,624	0,033	0,856	1,120
	s maturitou (RK)					
konstanta		-1,662	0,652	6,502	0,011	0,190

Poznámka: RK = referenční kategorie.

Na základě Waldova testu je zjištěn významný vliv pohlaví, na to zda respondent souhlasí či nesouhlasí s anonymitou interrupcí. Podle této statistiky mají muži 2,941 krát vyšší šanci než ženy, že nebudou souhlasit s anonymním prováděním UPT. U zbývajících proměnných je hodnota signifikance na 5 % hladině nevýznamná.

5.3.7 Důvody respondentů pro podstoupení umělého přerušování těhotenství

V otázce číslo 10, jenž se dotazuje na okolnosti, kdy je správné podstoupit umělé přerušování těhotenství, byla respondentům dána možnost odpovědět podle jejich uvážení. Odpovědi jsou rozděleny podle pohlaví a výsledky jsou uvedeny v Tab. 24. Výsledná čísla byla získána vydělením četností jednotlivých důvodů sumou všech odpovědí.

Tab. 24 – Důvody mužů a žen k podstoupení umělého přerušení těhotenství

Důvody mužů	%	Důvody žen	%
zdravotní problémy ženy	25,2	zdravotní problémy ženy	24,6
otěhotnění způsobené znásilněním	22,5	otěhotnění způsobené znásilněním	17,2
sociální problémy	15,3	sociální problémy	16,8
nechtěné těhotenství	9,9	finanční problémy	10,3
nízký či vysoký věk těhotné ženy	9,0	vývojová vada plodu	9,5
vývojová vada plodu	7,2	nízký či vysoký věk těhotné ženy	7,8
finanční problémy	4,5	nechtěné těhotenství	5,2
žena se na mateřství necítí	2,7	žena se na mateřství necítí	3,4
ze žádného důvodu	1,8	ze žádného důvodu	2,2
alkoholová či drogová závislost ženy	0,9	alkoholová či drogová závislost	1,3
tragédie v rodině (požár, úmrtí,...)	0,9	žena má už alespoň 3 děti	0,9

První tři důvody jsou u obou pohlaví zastoupeny ve stejném pořadí. Na pomyslném prvním místě jsou zdravotní problémy ženy. Muži tento důvod uvedli z více než 25 %, ženy tento samý důvod zmínily jen o něco méně. Muži z téměř 23 % souhlasí s UPT po znásilnění a i v tomto případě mají ženy u tohoto důvodu menší zastoupení. Dále jsou významným důvodem pro přerušení těhotenství sociální problémy (muži = 15,3 %, ženy = 16,8 %), což mohou být například neshody v rodině či nedostatečné zázemí pro výchovu dítěte. V dnešní době, kdy se vše točí kolem peněz je relativně nízký podíl u finančních problémů (4,5 %) zmíněných mužů. Ženy mají finanční problémy již na čtvrté příčce s 10 %. Možná příčina by mohla souviset s tím, že ženy více přemýšlí nad finančním zajištěním dítěte než muži.

Kapitola 6

Závěr

Zákon z roku 1957 zlegalizoval v České republice provádění interrupcí i z jiných než zdravotních důvodů. Umělé přerušení těhotenství se od tohoto roku provádělo především vdaným ženám, které již nechtěly více dětí. Avšak jeho původním záměrem bylo řešení krajních situací zejména u mladých neprovdaných dívek (Kocourková, 2007, str. 39). V průběhu následujících let byly několikrát zpříšňovány či zmírňovány okolnosti, kdy bylo možné UPT podstoupit. S těmito legislativními úpravami souvisel vývoj úhrnné umělé potratovosti a k němu inverzní vývoj úhrnné plodnosti, jenž přetrvával až do počátku 90. let. Tehdy se tyto ukazatele staly na sobě nezávislé a měly klesající trend. V tomto období lze považovat za bezprostřední příčiny poklesu intenzity umělých přerušení těhotenství rozšíření informovanosti o reprodukci a plánovaném rodičovství, o ochraně před přenosem pohlavních chorob a AIDS a zlepšení nabídky a propagace spolehlivějších prostředků antikoncepce (Kocourková, 2007, str. 43).

Zákon, který nejvíce uvolnil podmínky pro podstoupení UPT pochází z roku 1986 a od této doby může prakticky každá žena požádat o UPT z jakéhokoliv důvodu. Vývoj umělé potratovosti v této práci byl nejvíce zaměřen na období po roce 1987, kdy zmiňovaný zákon vstoupil v platnost, do roku 2008. Pro toto období je nejvíce charakteristický růst počtu umělých přerušení těhotenství na konci 80. let a od té doby neustálý pokles. Z hlediska věku žen při UPT dochází ke sbližování hodnot všech věkových kategorií. V současnosti dle indexu UPT podle věku ženy vyplývá, že ženy ve věku 20 – 39 let mnohem častěji volí narození (někdy i nechtěného) dítěte před UPT. Naopak ženy, které již svou plodnost považují za ukončenou, se daleko častěji podrobí interrupci před narozením dítěte. Změnu zaznamenala i umělá potratovost z hlediska rodinného stavu, kdy v minulosti nejvíce podstupovaly UPT ženy vdané. Dnes již častěji volí interrupci svobodné ženy. Tato skutečnost může do určité míry souviset se snižujícím se podílem vdaných žen v populaci, neboť ženy častěji než v minulosti zůstávají svobodné.

Pokud jde o počet dětí narozených před interrupcí, je podle indexu UPT zřetelně vidět, že na počátku sledovaného období nevdané ženy, ať s dětmi či bez nich, chodily několikrát častěji na interrupci než by si dítě nechaly. V současnosti je ale tato situace jiná a žádný z indexů již nepřesahuje 100 UPT na 100 živě narozených dětí. Ženy vdané a nevdané mají různé trendy, neboť vdané bezdětné ženy interrupce téměř nepodstupovaly a stále nepodstupují. Avšak

změnu zaznamenal index UPT u vdaných žen, které již mají dvě a více dětí. Tyto ženy v minulosti častěji volily UPT před narozením dítěte, dnes již tomu tak není a vdané ženy zřejmě více používají antikoncepci, a pokud porodí další dítě je pravděpodobně chtěné. Z hlediska umělé potratovosti dle vzdělání se struktura UPT příliš nezměnila, neboť i nadále nejčastěji podstupují UPT ženy se základním vzděláním a nejméně ženy vysokoškolsky vzdělané.

Je obecně známo, že podle regionu, ve kterém lidé žijí, dochází k diferenciaci mezi jednotlivými demografickými ukazateli. Může se jednat například o úhrnnou plodnost, naději dožití při narození, avšak ani úhrnná umělá potratovost či průměrný věk ženy při interrupci nejsou výjimkou. V západních a severozápadních Čechách je nejvyšší úhrnná umělá potratovost ze všech regionů České republiky a naopak nejnižší průměrný věk ženy při interrupci. Souvislosti lze hledat v nižším vzdělání obyvatel a také ve vysoké rozvodovosti této části ČR. Nejnižší hodnoty úhrnné umělé potratovosti a naopak nejvyšší průměrný věk žen při UPT jsou zaznamenány v nábožensky založených oblastech, jako jsou moravské kraje a Vysočina.

Snižování intenzity interrupcí bylo v posledních dvaceti letech ovlivněno rozšiřováním moderní antikoncepce. Od roku 1989, kdy došlo k politickým, sociálním a v neposlední řadě demografickým změnám, došlo k nárůstu užívání moderní antikoncepce v populaci. V souvislosti s tímto růstem začalo docházet k poklesu intenzity interrupcí. Do počátku 90. let byla nejčastější metodou moderního zabránění početí, nitroděložní antikoncepce. Avšak od této doby je nejpoužívanější moderní metodou hormonální antikoncepce. V současnosti ji užívá téměř každá druhá žena.

Mezinárodní srovnání umělé potratovosti je velice obtížné. Tato obtížnost je způsobena nejen různými definicemi a právními úpravami, ale také nedokonalými statistikami některých států (např. Rakousko) či nevolí publikovat data (např. Polsko). Analýza trendů v devíti státech Evropy ukázala rozdíly v indexu UPT v letech 1987 – 2008. Na počátku sledovaného období patřila Česká republika svou intenzitou interrupcí k východoevropským státům, které měly obrovské hodnoty indexu UPT. Avšak během několika let se nejprve přiblížila hodnotám západní Evropy a v současnosti Česká republika zaznamenává dokonce nižší hodnoty indexu umělé potratovosti než má například Francie.

Jedním z cílů bakalářské práce bylo vypracovat a prezentovat výsledky vlastního výběrového šetření zaměřeného na šetření postojů české veřejnosti k umělému přerušení těhotenství. V úvodu této kapitoly byly stanoveny některé hypotézy, které byly následně vyvráceny či přijaty. První hypotézou (H1) bylo tvrzení, zda existují rozdíly v odpovědích mezi muži a ženami. Díky ANOVA testu se ukázalo, že rozdíly z hlediska pohlaví jsou pouze u dvou otázek. Jednou z nich je otázka zda Aktuální částka za provedení miniinterrupce/UPT (1.650 – 2300 Kč/2500 Kč a více) je přiměřená a druhou je otázka, zda má muž právo podílet se na rozhodnutí o UPT, kdy se větší zastoupení osob mužského pohlaví domnívalo, že muž má právo se podílet na tomto rozhodnutí.

Další hypotézou (H2) bylo tvrzení, že odpovědi respondentů se neliší z hlediska místa bydliště. V tomto případě musela být hypotéza potvrzena, neboť u žádné z otázek nebylo možné na 5% hladině významnosti hypotézu H2 zamítnout. Následující hypotéza (H3) zněla: Postoj k UPT se neliší z hlediska rodinného stavu. U všech otázek kromě otázky č. 7 (Při UPT ženy,

kteřá není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce) byly hodnoty signifikance statisticky nevýznamné, proto bylo nutné přijmout skutečnost, že u těchto otázek rozdíly z hlediska rodinného stavu nejsou. Avšak u zmiňované otázky č. 7 by rozdíly měly existovat. Aby bylo možné zjistit, jaké rodinné stavy odpovídaly rozdílně, byl použit Tukey test. Díky němu se podařilo prokázat, že významné rozdíly jsou mezi odpověďmi svobodných a ženatých/vdaných respondentů, kdy se dotazovaní v manželském svazku mnohem více ztotožňují s tvrzením, že UPT u neplnoletých dívek by mělo být provedeno jen se souhlasem zákonného zástupce.

Nejzajímavější výsledky byly zjištěny u hypotézy H4, jenž zněla, že z hlediska náboženského vyznání není rozdíl v názorech na UPT. Jen u třech otázek nejsou rozdíly mezi odpověďmi věřících a nevěřících statisticky významné. U ostatních otázek rozdíly jsou. U prvních dvou otázek, kdy byla respondentům položena otázka, zda souhlasí s miniinterrupcí či UPT do 12. týdne těhotenství z jiných než zdravotních důvodů, byl výrazně nižší podíl věřících pro provádění interrupcí než nevěřících. Tento výsledek je pochopitelný, neboť jednotlivá náboženství striktně odmítají UPT. U otázky, týkající se aktuální částky za provedení zákroku, mají věřící výrazně vyšší zastoupení v kategorii „nesouhlasím“. Věřící by raději zavedli mnohem vyšší částky za provedení UPT, aby si těhotné ženy tento krok rozmyslely a dítě porodily. U otázek č. 5 (Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním.) a č. 8 (Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce.) byly opětovně nižší podíly souhlasných odpovědí u věřících než nevěřících.

Poslední hypotéza (H5) je založena na tvrzení, že respondenti bez maturity odpovídají velice podobně jako respondenti s maturitou. V tomto případě došlo ke stejné situaci, jaká byla zaznamenána u hypotézy H2. Všechny rozdíly v odpovědích mezi respondenty s maturitou a bez maturity byly na 5% hladině statisticky nevýznamné.

Další analýzou, kterou byl zjišťován názor veřejnosti na UPT, byla metoda logistické regrese. Statisticky průkazné výsledky byly zaznamenány u otázek č. 1 (Souhlasím s prováděním miniinterrupcí z jiných než zdravotních důvodů.), č. 2 (Souhlasím s prováděním UPT (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.) a č. 9 (UPT má být prováděno anonymně.). U těchto otázek nejvíce závisle proměnnou vysvětlovalo především vyznání, pohlaví a u otázky č. 1 kromě vyznání i věk. Jak si lze domyslet, věřící mají několikanásobně větší šanci na otázky č. 1 a 2 odpovědět záporněji než nevěřící. U otázek č. 2 a 9 pak mají muži větší šanci než ženy odpovědět negativněji.

Poslední otázka dotazníku se dotazovala na okolnosti, za jakých je podle respondentů správné podstoupit UPT. Nejčastější důvody pro podstoupení UPT byly shodné u odpovědí mužů i žen. Jsou to zdravotní problémy ženy, otěhotnění způsobené znásilněním a sociální problémy. Menší zastoupení mají finanční problémy, vývojová vada plodu, nízký případně vysoký věk matky či nechtěné těhotenství.

Podle J. Kocourkové jsou interrupce zdravotně i morálně nejméně přijatelným prostředkem kontroly plodnosti. Avšak i při velkém rozšíření moderní antikoncepce jsou ženy, které se bez umělého ukončení těhotenství neobejdou. Z tohoto důvodu by se interrupce neměly zcela odsuzovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ DAT

- Česko. Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky. Vyhláška č. 80 ze dne 6. června 1980 o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů České socialistické republiky*, 1980, částka 20, s. 342. Dostupný z WWW:
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1980/sb20-80.pdf>>.
- Česko. Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky. Vyhláška č. 467 ze dne 8. září 1992 o zdravotní péči poskytované za úhradu. In *Sbírka zákonů České a slovenské federativní republiky*, 1992, částka 94, s. 2715-2718. Dostupný z WWW:
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1992/sb094-92.pdf>>.
- Česko. Vláda. Vládní nařízení ze dne 21. prosince 1962, kterým se zřizují interrupční komise a provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*, 1962, částka 69. Dostupný z WWW:
<<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?getALL=1962,zakon>>.
- Česko. Zákon č. 68 ze dne 19. prosince 1957 o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů republiky Československé*. 1957, částka 33, s. 289 – 290. Dostupný z WWW:
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1957/sb33-57.pdf>>.
- Česko. Zákon č. 66 ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1986, částka 22, s. 484 – 485. Dostupný z WWW:
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1986/sb22-86.pdf>>.
- Česko. Vláda. *Usnesení vlády České republiky ze dne 21. července 2003 č. 747 + P o návrhu změny zákona o umělém přerušení těhotenství č. 66/1986*. 2003. Dostupný z WWW:
<<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=6862>>.
- Český statistický úřad. 2004 Vývoj potratovosti v České republice. Praha, ČSÚ, 2004 [cit. 2010-03-12]. Dostupný z WWW:
<<http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4028-04>>.
- DOUBKOVÁ BRODSKÁ, B. (2009). *Legislativní přístup jednotlivých zemí k přerušení těhotenství z hlediska kulturních dimenzí v mezinárodním srovnání*. Praha, 2009. 63 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova. Fakulta humanitních studií. Dostupný také z WWW:
<http://digitooll.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=63937&local_base=GEN01>.

- HEBÁK, P. aj. 2005. *Vícerozměrné statistické metody (3)*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2005. [Kap.] 17.5, Logistická regrese, s. 38 – 52. ISBN 80-7333-039-3.
- KOCOURKOVÁ, J. 2007. Potratovost. In *Populační vývoj České republiky 2001 - 2006*. 1. vydání. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, 2007, s. 39 – 43. ISBN 978-80-86561-77-6.
- KOCOURKOVÁ, J. 2008. Potratovost. In *Populační vývoj České republiky 2007*. 1. vydání. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, 2008, s. 51 – 55. ISBN 978-80-86561-46-2.
- PAVLÍK, Z., RYCHTAŘÍKOVÁ, J., ŠUBRTOVÁ, A. 1986. Potrat a potratovost. In *Základy demografie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1986. [Kap.] 5.10, s. 329 – 341.
- PEKÁRKOVÁ, M., PRIMUSOVÁ, H., UZEL, R., SALAJKA, M. 2000. *Potrat ano-ne aneb Na pokraji života*. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2000. 104 s. ISBN 80-7169-922-5.
- Populační vývoj v krajích. 2009. In *Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2008*. Praha: ČSÚ, 2009, s. 57 - 68. [cit. 2010-04-14]. Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EBA/\\$File/400709a9.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EBA/$File/400709a9.pdf)>.
- Potratovost. 2003. In *Populační vývoj České republiky 1990 – 2002*. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, 2003, s. 49-56. ISBN 80-902686-8-4.
- ŘEHÁKOVÁ, B. 2000. Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis* [online]. 2000, vol. 36, č. 4 [cit. 2010-04-12]. Dostupný z WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/uploads/5f6961faa17dd98a67cfb71a5205469d297369f5_372_475_REHAK.pdf>. ISSN 0038-0288.
- United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs. 2002 [cit. 2010-03-11]. *Abortion Policies: A Global Review*. United Nations, 2002. Dostupný z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>>.
- Wikipedie, otevřená encyklopedie. 2010. *Interrupce* [online]. 2010 [cit. 2010-04-23]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Interrupce>>.

ZDROJE DAT

- Český statistický úřad. 1993. *Pohyb obyvatelstva v České a slovenské federativní republice v roce 1991, část I*. Praha: ČSÚ, 1993. 314 s.
- Český statistický úřad. 1995. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1992*. Praha: ČSÚ, 1995. 278 s. ISBN 80-85949-07-5.
- Český statistický úřad. 1996. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1993*. Praha: ČSÚ, 1996. 282 s. ISBN 80-85949-18-0.
- Český statistický úřad. 1996. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1994*. Praha: ČSÚ, 1996. 277 s. ISBN 80-85949-33-4.

- Český statistický úřad. 1996. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1995*. Praha: ČSÚ, 1996. 307 s. ISBN 80-85949-82-2.
- Český statistický úřad. 1997. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1996*. Praha: ČSÚ, 1997. 303 s. ISBN 80-7223-041-7.
- Český statistický úřad. 1998. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1997*. Praha: ČSÚ, 1998. 290 s. ISBN 80-7223-138-3.
- Český statistický úřad. 1999. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1998*. Praha: ČSÚ, 1999. 288 s. ISBN 80-7223-226-6.
- Český statistický úřad. 2000. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 1999*. Praha: ČSÚ, 2000. 284 s. ISBN 80-7223-363-7.
- Český statistický úřad. 2001. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2000*. Praha: ČSÚ, 2001. 311 s. ISBN 80-7223-662-8.
- Český statistický úřad. 2003. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2001*. Praha: ČSÚ, 2003. 299 s. ISBN 80-250-0042-7.
- Český statistický úřad. 2003. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2002*. Praha: ČSÚ, 2003. 294 s. ISBN 80-250-0537-2.
- Český statistický úřad. 2004. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2003*. Praha: ČSÚ, 2004 [cit. 2010-02-10]. 295 s. Dostupný také z WWW:
<http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/publ/4019-04-za_rok_2003>.
ISBN 80-250-0894-0.
- Český statistický úřad. 2005. *Pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2004*. Praha: ČSÚ, 2005 [cit. 2010-02-10]. 307 s. Dostupný také z WWW:
<http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/publ/4019-05-za_rok_2004>.
ISBN 80-250-1131-3.
- Český statistický úřad. 2008. *Demografická příručka 2007* [online]. Praha: ČSÚ, 2008 [cit. 2010-03-20]. Dostupný z WWW:
<<http://czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/4032-08-2007>>.
- Český statistický úřad. 2006. *Demografická ročenka České republiky v roce 2005*. Praha: ČSÚ, 2006 [cit. 2010-02-10]. 303 s. Dostupný také z WWW:
<http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/publ/4019-06-za_rok_2005>.
ISBN 80-250-1314-6.
- Český statistický úřad. 2007. *Demografická ročenka České republiky v roce 2006*. Praha: ČSÚ, 2007 [cit. 2010-02-10]. 311 s. Dostupný také z WWW:
<<http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/4019-07-2006>>.
ISBN 978-80-250-1547-6.
- Český statistický úřad. 2008. *Demografická ročenka České republiky v roce 2007*. Praha: ČSÚ, 2008 [cit. 2010-02-10]. 323 s. Dostupný také z WWW:
<<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/4019-08-2007>>.
ISBN 978-80-250-1835-4.

Český statistický úřad. 2009. *Demografická ročenka České republiky v roce 2008*. Praha: ČSÚ, 2009 [cit. 2010-02-10]. 325 s. Dostupný také z WWW:
<<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/4019-09-2008>>.
ISBN 978-80-250-1969-6.

Federální statistický úřad. 1990. *Pohyb obyvatelstva v České a slovenské federativní republice v roce 1989, část I*. Praha: FSÚ, 1990. 338 s.

Federální statistický úřad. 1991. *Pohyb obyvatelstva v České a slovenské federativní republice v roce 1990, část I*. Praha: FSÚ, 1991. 322 s.

Federální statistický úřad. 1989. *Pohyb obyvatelstva v Československé socialistické republice v roce 1987, část I*. Praha: FSÚ, 1989. 336 s.

Federální statistický úřad. 1989. *Pohyb obyvatelstva v Československé socialistické republice v roce 1988, část I*. Praha: FSÚ, 1989. 336 s.

Institut National d'Études Démographiques. [cit. 2010-03-19] Dostupný z WWW:
<http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/avortements/>.

Institutul National De Statistica. [cit. 2010-03-16] Dostupný z WWW:
<<http://insse.ro>>.

National Statistical Institute. [cit. 2010-03-25] Dostupný z WWW:
<http://www.nsi.bg/index_en.htm>.

Österreichischen Statistischen Zentralamt [cit. 2010-03-18] Dostupný z WWW:
<<http://www.statistik.at/>>.

Statistics Sweden. [cit. 2010-03-16] Dostupný z WWW:
<<http://www.socialstyrelsen.se/english>>,
<<http://www.ssd.scb.se/databaser>>.

Statistics Netherlands [cit. 2010-03-19] Dostupný z WWW:
<<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37422NED&D1=0&D2=37-58&HD=100319-1019&HDR=T&STB=G1>>.

Štatistický úrad Slovenskej republiky [cit. 2010-03-16] Dostupný z WWW:
<<http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=6674>>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky. 2009. *Zdravotnická statistika: Potraty 2008* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009 [cit. 2010-02-07]. Dostupný z WWW:
<http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=potraty®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>.

UK National Statistics [cit. 2010-03-16] Dostupný z WWW:
<<http://www.statistics.gov.uk/hub/index.html>>.

Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Oblastní nemocnice v Náchodě

První privátní chirurgické centrum s.r.o. v Hradci Králové, tzv. SANUS

Příloha č. 1 – Žádost o umělé přerušení těhotenství

Žádost o umělé přerušení těhotenství (UPT) hlášení potratu a mimoděložního těhotenství		Důvěrné	
1. Příjmení		Razítko zařízení	
2. Trvalé bydliště (obec, okres)		kde byl výkon proveden která byla provedla	
3. Zaměstnání (slovně - bez zkratk)		ZZ ZZ Rodné číslo	
4. Rodinný stav		3 - rozvedená 4 - vdova 5 - družka	
5. Státní občanství		2 - jiné	
6. Národnost		5 - maďarská 6 - česká 7 - slovenská 8 - moravská 9 - jiná	
7. Vzdělání		5 - úplné stř. všeob. 6 - bakalářské 7 - vysokoškolské 9 - nejlépe	
8. Počet porodů			
9. Počet živě narozených dětí			
10. Počet dosavadních UPT			
11. Počet dosavadních samovolných potratů			
12. Druh potratu		4 - ostatní potraty 5 - EUG (mimodělož.)	
13. UPT ze zdravotních důvodů		1 - ano 2 - ne	
14. Datum provedení potratu		den: měsíc, rok	
15. Stáří plodu v týdnech		a) hmotnost v gramech b) míra v cm	
16. U plodu nad 16 týdnů		3 - pesar poševní 4 - žádná	
17. Antikoncepce		1 - hormonální 2 - nitroděložní	
18. Poplatek za UPT se 1 - nestanoví		2 - stanoví	

1.	Žádám o umělé přerušení těhotenství. *) Souhlasím s umělým přerušením těhotenství. *) Dávám podnět k umělému přerušení těhotenství. *) Beru na vědomí poučení lékaře o možných zdravotních důsledcích umělého přerušení těhotenství. Byla jsem poučena o možnosti používání antikoncepčních metod a prostředků. *) Nevhodné škrtněte Datum a podpis žadatelky (zákon, zástupce)	
2.	Poslední měsíčky: Datum posledního potratu:	
3.	Gynekologické vyšetření a nález (výsledky ostatních vyšetření) Závěr lékaře: V dne Razítko a podpis lékaře	
4.	Beru na vědomí možnost podat do 3 dnů žádost o přezkoumání závěru lékaře, se kterým jsem byla seznámena. Datum a podpis žadatelky (zákon, zástupce)	
5.	Výsledek přezkoumání: Umělé přerušení těhotenství se povoluje nepovoluje V dne Razítko a podpis pověřeného odborníka pro obor gyn. a por.	
6.	Zpráva o provedení výkonu a o případných komplikacích: V dne Razítko zařízení a podpis lékaře	

Příloha č. 2 – Plné znění stanoviska vlády ČR na návrh změny zákona o umělém přerušení těhotenství z roku 2003

S t a n o v i s k o

**vlády k návrhu zákona, kterým se zrušuje zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, a vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb., ve znění vyhlášky č. 467/1992 Sb., a kterým se mění zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů
(sněmovní tisk č. 376)**

Vláda na své schůzi dne 21. července 2003 projednala a posoudila návrh zákona, kterým se zrušuje zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, a vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb., ve znění vyhlášky č. 467/1992 Sb., a kterým se mění zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů (sněmovní tisk č. 376), a vyjádřila s tímto návrhem **n e s o u h l a s**.

Vláda považuje předložený návrh za podnětný, avšak zároveň jej posuzovala z pohledu těchto skutečností:

1. Úmluva o právech dítěte rozumí pro účely této úmluvy dítětem každou lidskou bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve. Stejně tak Evropská úmluva o výkonu práv dětí určuje horní věkovou hranici, do jejíhož dosažení je člověk považován za dítě. Z právního hlediska je tedy narození právní skutečností, jejímž důsledkem je nový člověk, před narozením se o člověka v právním smyslu nejedná. Tvzení předkladatelů, že „platná právní úprava nereflektuje současné vědecké poznání, týkající se počátku života lidského jedince, které počátek života jednoznačně staví do okamžiku splynutí jader mužské a ženské pohlavní buňky, tedy do okamžiku početí“, nelze považovat za právní argument, a vláda se neztotožňuje s jistotou předkladatelů, s jakou přistupují k rozhodnutí o této složité filosofické, náboženské a etické otázce, a to bez jakéhokoli vypořádání se s převládající právní teorií a praxí. Svůj názor, na který jistě mají právo, prohlašují za nezpochybnitelnou pravdu opřenou o současné vědecké poznání, i když myšlenku o vzniku nového života splynutím pohlavních buněk matky a otce lze sotva považovat za současný objev.

2. Předkladatelé rovněž neberou v potaz rezoluce OSN k Roku dítěte z roku 1979 a k Roku mládeže z roku 1985, které formulovaly právo dítěte narodit se jako chtěné a vítané a do podmínek zajišťujících jeho optimální rozvoj, dále rezoluci populační komise OSN z roku 1972, která za jedno ze základních lidských práv považuje právo každé rodiny mít tolik dětí, kolik si přeje a v době, kterou považuje za nejvhodnější, Pekingskou akční platformu z roku 1995, podle níž reprodukční práva spočívají na uznání základního práva všech párů a jednotlivců se svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu, časovém odstupu a době narození jejich dětí. Rovněž Rada Evropy považuje právo na svobodnou volbu v záležitostech reprodukce za nedílnou součást lidských práv. Předkladatelé ve svém návrhu vůbec nepočítají s právem ženy

rozhodovat, či se alespoň účastnit rozhodování, o procesu probíhající v jejím těle, nepovažují ani za nutné odůvodnit, proč podle nich takové právo mít nemá.

3. Předkladatelé jednoznačně tvrdí, že zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, a vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 75/1986 Sb., jsou v přímém rozporu s Ústavou a zcela tak opomíjejí skutečnost, že o rozporu právních předpisů s ústavním pořádkem rozhoduje pouze Ústavní soud, nikoli Poslanecká sněmovna, či skupina poslanců.

4. Tvrzení o rozporu legalizace interrupcí s Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a svobod by bylo možné opřít pouze o judikaturu Evropského soudu pro lidská práva, což však předkladatelé nečiní. Pokud by se toto tvrzení zakládalo na pravdě, tento soud by již jistě konstatoval, že většina členských zemí Rady Evropy Evropskou úmluvu o ochraně lidských práv a svobod porušuje.

5. Z hlediska práva není lidský plod osobou a není ani věcí. Trestní zákon považuje usmrcení plodu za těžkou újmu na zdraví matky, z toho vyplývá, že lidský plod považuje za součást jejího těla. Podobně zákoník práce považuje těhotenství za svého druhu „tělesný“ stav matky. Současný právní řád tak vychází z pojetí, že lidský plod tvoří až do narození část matčina těla, a z tohoto pojetí vláda rovněž vychází při přípravě nového občanského zákoníku.

6. Zákon o umělém přerušení těhotenství upravuje umělé přerušení těhotenství a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění. Prováděcí vyhláška k tomuto zákonu mimo jiné stanoví zdravotní důvody, pro které nelze na žádost ženy těhotenství uměle přerušit, a v příloze obsahuje seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody pro umělé přerušení těhotenství. Návrh na zrušení těchto právních předpisů bez náhrady pouze s poukazem na institut krajní nouze vláda zásadně odmítá, neboť by tak došlo k výraznému zhoršení postavení žen z právního i zdravotního hlediska. V případě krajní nouze je nutné odvracet nebezpečí přímo hrozící chráněnému zájmu, v tomto případě lidskému životu. Bude-li však zrušen výčet zdravotních důvodů pro interrupci a některý z těchto objektivních důvodů nastane, a nepůjde o aktuální nebezpečí, nebude možné těhotenství uměle přerušit.

7. Možnost provedení umělého přerušení těhotenství pouze v případě krajní nouze je v rozporu s tvrzením předkladatelů, že lidský jedinec vzniká již okamžikem početí, neboť o krajní nouzi nejde (a trestnost činu zůstává zachována), je-li způsobený následek, zde podle předkladatelů smrt člověka, zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil. Výchozí premisa předkladatelů tak v podstatě znemožňuje provést umělé přerušení těhotenství za jakýchkoliv okolností.

8. Novelu zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona, ve znění pozdějších předpisů, spočívající v nahrazení dosavadního pojmu umělé přerušení těhotenství pojmem usmrcení počatého, ale

dosud nenarozeného dítěte nelze akceptovat, protože právní řád České republiky pojem počaté dítě nezná, zná pouze pojmy embryo, plod a dítě.

9. Předkladatelé navrhují netrestnost činů, jejichž důsledkem je umělé přerušení těhotenství, pokud k nim došlo z důvodu, že početí nastalo po „prokázaném znásilnění“. Pokud však předkladatelé současně navrhují zrušení právních předpisů upravujících umělé přerušení těhotenství, právní řád by pak neobsahoval žádná pravidla pro jeho provedení, např. nebyla by stanovena doba, do kdy je možno jej provést. Pojem „prokázané znásilnění“ vláda považuje za velice neurčitý, ani sami předkladatelé neuvádějí, zda se tím rozumí pravomocné odsouzení pachatele, či jen faktické důkazy o činu bez zjištění nebo odsouzení pachatele. Z hlediska právní jistoty ženy by se však jednalo o pojem velice podstatný.

10. Návrh na zrušení zákona o umělém přerušení těhotenství vláda považuje za naprosto neaktuální a tvrzení předkladatelů o snížení počtu interrupcí za velice nepravděpodobné. Vláda je toho názoru, že přijetí navrhované restrikce by znamenalo vzestup úmrtnosti žen v souvislosti s nelegálně prováděným umělým přerušením těhotenství, časté zdravotní komplikace a zvýšení nákladů na zdravotní péči. Vláda je přesvědčena, že cesta k dalšímu snížení počtu interrupcí vede pouze přes prohloubení výchovy a osvěty na poli antikoncepce a plánovaného rodičovství, rozvinutou náhradní rodinnou péči a možnost po porodu se dítěte vzdát. Nezbytnou podmínkou je rovněž prohloubení sociální práce se ženami, které mají v úmyslu tento zákrok z nejrůznějších sociálních důvodů podstoupit.

Zdroj: Parlament ČR: Poslanecká sněmovna. 2003 [cit. 2010-01-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=6862>>.

Příloha č. 3 – Legislativa týkající se UPT v evropských zemích

Původní členské státy Evropské unie (15):	Umělé přerušení těhotenství povoleno v případě:						
	Záchrany života ženy	Ochrany fyzického zdraví	Ochrany duševního zdraví	Znásilnění nebo incest	Poškození plodu	Ekonomické či sociální důvody	Na požádání
Belgie	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Dánsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Finsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Francie	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Irsko	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Itálie	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Lucembursko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Německo	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Nizozemí	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Portugalsko	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Rakousko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Řecko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Spojené království	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne
Španělsko	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Švédsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Nové členské státy Evropské unie (12):	Umělé přerušení těhotenství povoleno v případě:						
	Záchrany života ženy	Ochrany fyzického zdraví	Ochrany duševního zdraví	Znásilnění nebo incest	Poškození plodu	Ekonomické či sociální důvody	Na požádání
Bulharsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Česká republika	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Estonsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Kypr	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Litva	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Lotyšsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Maďarsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Malta	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Polsko	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Rumunsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Slovensko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Slovinsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Ostatní státy Evropy (16):	Umělé přerušení těhotenství povoleno v případě:						
	Záchrany života ženy	Ochrany fyzického zdraví	Ochrany duševního zdraví	Znásilnění nebo incest	Poškození plodu	Ekonomické či sociální důvody	Na požádání
Albánie	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Andorra	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Bosna a Hercegovina	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Chorvatsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Island	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Makedonie	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Moldavsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Monako	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Norsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Rumunsko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Rusko	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
San Marino	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Švýcarsko	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ne
Ukrajina	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Vatikán	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Jugoslávie *	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Zdroj: United Nations, 2002 [cit. 2010-03-11]. Dostupný z WWW:

<<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>>.

Příloha č. 4 – Dotazník zaměřující se na postoj české veřejnosti k umělému přerušení těhotenství**DOTAZNÍK na téma:**

Umělé přerušení těhotenství (UPT)

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Mistrová a studuji 3. ročník Přírodovědecké fakulty UK v Praze, obor demografie. Tímto bych Vás ráda poprosila o vyplnění mého dotazníku, který mi poslouží k vytvoření bakalářské práce na toto téma. Veškeré získané informace budou zpracovány anonymně. Velice Vám děkuji za ochotu při vyplňování a také za Váš čas.

Pohlaví: Muž Žena
Věk (vyplnit):
Rodinný stav: Svobodný/á Ženatý/Vdaná Rozvedený/á Ovdovělý/á
Nejvyšší dosažené vzdělání: Základní Střední bez maturity Střední s maturitou Vysokoškolské
Vyznání (pokud ano, jaké):
Bydliště: Město Venkov

1. Souhlasím s prováděním miniinterruptcí (do 7. – 8. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

2. Souhlasím s prováděním umělého přerušení těhotenství (do 12. týdne těhotenství) z jiných než zdravotních důvodů.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

Proč?

3. Aktuální částka za provedení miniinterruptce/UPT (1.650 – 2.300Kč/ 2.500 Kč a více) je přiměřená.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

4. Jakou jinou částkou bych miniinterruptci/UPT zpoplatnil/a.

...../.....

5. Za zákrok nemusí platit ženy, které otěhotněly znásilněním.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

6. Muž má právo podílet se na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

Proč?

7. Při UPT ženy, která není plnoletá, se smí zákrok provádět jen se souhlasem zákonného zástupce.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

8. Žena má právo jít na UPT kolikrát sama chce.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

9. UPT má být prováděno anonymně.

- a) Určitě souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím (neutrální postoj)
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Určitě nesouhlasím

10. Za jakých okolností je správné podstoupit UPT (prosím vypište):

.....

Děkuji za vyplnění.